D. Vital Durand

ORDONNANCES

4e édition

2018

170 prescriptions courantes
en médecine

MALOINE

Ordonnances 2018

170 prescriptions courantes en médecine

Chez le même éditeur

Dorosz – *Guide pratique des médicaments 2018*, 37ᵉ édition, Vital Durand D., Le Jeunne C. (sous la direction de).

50 cas types en médecine interne, Pottgießer T., Ophoven S.

Cas difficiles en médecine interne, Guillevin L.

Checklists – Médecine interne, 4ᵉ édition, Hahn J.M.

Davidson. Médecine interne. L'essentiel, Alastair I.J.

Diagnostics difficiles en médecine interne, volume 1, Sève P. (sous la direction de).

Diagnostics difficiles en médecine interne, volume 2, Sève P. (sous la direction de).

Examen clinique, Cartledge P., Cartledge C., Lockey A.

Examen clinique neurologique, Goodfellow J.A.

Examen clinique en pédiatrie, Brugha R., Marlais M., Abrahamson E.

Guide pratique des analyses médicales, 6ᵉ édition, Dieusaert P.

Gestes et techniques en médecine, Hengesbach S. et coll.

Ordonnances en gynécologie-obstétrique – 100 prescriptions courantes, Delcroix M.-H., Gomez C.

Ordonnances en pédiatrie – 100 prescriptions courantes, Azémar A.

Ordonnances en psychiatrie et pédopsychiatrie – 100 prescriptions courantes, Bourla A., Ferreri F.

Radiologie pulmonaire : investigations, Darby M., Edey A., Chandratreya L., Maskell N.

Médecine d'urgence, Adams H.A., Flemming A., Friedrich L., Ruschulte H.

Urgences, Prudhomme C., 8ᵉ édition

Sous la direction de Denis VITAL DURAND
Professeur de Thérapeutique

ORDONNANCES 2018

170 PRESCRIPTIONS COURANTES EN MÉDECINE

4ᵉ édition – 3ᵉ tirage

Philippe BERTIN (Rhumatologue)
Caroline DEMILY (Psychiatre)
Hervé DEVILLIERS (Interniste)
Stéphane DURUPT (Interniste)
Pierre-Vladimir ENNEZAT (Cardiologue)
Samia HAMZA (Hépato-gastro-entérologue)
Patrick HILLON (Hépato-gastro-entérologue)
Laurence LE CLEACH (Dermatologue)
Myriam LOCATELLI SANCHEZ (Pneumologue)
Christine ROUSSET-JABLONSKI (Gynécologue)
Émilie SBIDIAN (Dermatologue)

Conseiller d'édition
Professeur Jean-François D'IVERNOIS

MALOINE
www.maloine.fr
2018

Remerciements aux docteurs Benoit Berthoud, Sylvain Collet et Guillaume Sarre

Dépôt légal : septembre 2017 – ISBN : 978-2-224-03509-9
Achevé d'imprimer en France en avril 2018 par CPI. N°d'impression : 2036519

Préface

« Ordonnances – 170 prescriptions courantes en médecine » met à la disposition des professionnels de santé une aide concrète et maniable pour la rédaction et/ou l'analyse d'une ordonnance et des recommandations associées.

En effet, les médicaments, leurs indications et leurs modalités de prescription évoluent rapidement. Beaucoup d'internes, de jeunes médecins et même parfois de plus anciens hésitent au moment de rédiger une ordonnance. La DCI exacte a été oubliée, la posologie ou la durée de prescription doivent être vérifiées, les interactions sont mal connues. Le souci de la pathologie iatrogène nécessite la mémorisation constante des précautions d'emploi, ce qui n'est pas toujours aisé avec des molécules d'utilisation peu fréquente... Pour leur offrir une assistance immédiate, une équipe de spécialistes a rédigé ces **ordonnances commentées** correspondant à des situations cliniques fréquentes dont le cadre diagnostique est préalablement rappelé.

Les ordonnances sont **rédigées de façon précise en DCI**, avec la posologie correspondant à la situation décrite. Les contre-indications et les précautions d'emploi sont préalablement rappelées dans un paragraphe spécifique. Les **règles hygiénodiététiques** sont détaillées, de même que les principales situations particulières liées à une pathologie associée ou à un terrain à risques. Les principes généraux de la surveillance sont également fournis.

Cet aide-mémoire est rédigé conformément aux principales recommandations de pratique et aux ouvrages de référence en thérapeutique. Il constituera un outil précieux pour tous ceux, médecins, pharmaciens, infirmières, étudiants, qui sont amenés à prescrire ou à surveiller un traitement.

Professeur Denis Vital Durand

Sommaire

Abréviations

AAP : AntiAgrégant Plaquettaire
ADH : hormone antidiurétique *(AntiDiuretic Hormone)*
ADP : ADénoPathies
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AIT : Accident Ischémique Transitoire
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché (médicament)
ARAII : Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II
ATB : antibiotique
ATCD : antécédent
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVK : AntiVitamine K
BAV : Bloc AtrioVentriculaire (ou AuriculoVentriculaire)
BNP : *B-type Natriuretic Peptide*
BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
CIA : Communication InterAuriculaire
Clcr : Clairance de la créatinine
CMV : *CytoMégaloVirus*
cp : comprimé
CPK : Créatine PhosphoKinase
CRP : *C-Reactive Protein*
CU : Contraception d'Urgence
DAS 28 : *Disease Activity Score 28 articulations*
DC : décès
DEP : Débit Expiratoire de Pointe
DIU : Dispositif Intra-Utérin
EBV : *Epstein Barr Virus*
ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines
ECG : ÉlectroCardioGramme
EEG : ÉlectroEncéphaloGramme
EI : Endocardite Infectieuse
EP : Embolie Pulmonaire

EVA : Échelle Visuelle Analogique
FA : Fibrillation Atriale ou Auriculaire
FC : Fréquence Cardiaque
HbA1c : Hémoglobine glyquée (contrôle du diabète)
FEVG : Fraction d'Éjection du Ventricule Gauche
FR : Fréquence Respiratoire
HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire
hCG : hormone Chorionique Gonadotrope
HPV : *Human Papilloma Virus*
HSV : *Herpes Simplex Virus*
HTA : HyperTension Artérielle
HTAP : HyperTension Artérielle Pulmonaire
IA : Insuffisance Aortique
IC : Insuffisance Cardiaque
IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion de l'angiotensine
IM : IntraMusculaire (voie d'administration)
IMAO : Inhibiteur de MonoAmine Oxydase
IMC : Indice de Masse Corporelle
INR : *International Normalized Ratio*
IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons
IRC : Insuffisance Respiratoire Chronique
IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IU : Infection Urinaire
IV : IntraVeineuse (voie d'administration)
LDLc : *Low Density Lipoprotein cholesterol*
LNG : lévonorgestrel
MI : Membre Inférieur
MNI : MonoNucléose Infectieuse
MTEV : Maladie ThromboEmbolique Veineuse
MTX : méthotrexate
NACO : Nouveaux AntiCoagulants Oraux
NFS : Numération Formule Sanguine
OMA : Otite Moyenne Aiguë
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OP (contraception) : ŒstroProgestative

PAC : Pneumopathie Aiguë Communautaire
PAL : Phosphatases ALcalines
PAS : Pression Artérielle Systolique
PCR : *Polymerase Chain Reaction*
PNA : Pyélonéphrite aiguë
PO : *Per Os* (voie d'administration)
PR : Polyarthrite Rhumatoïde
PSA : antigène prostatique spécifique *(Prostate-Specific Antigen)*
PVM : Prolapsus Valvulaire Mitral
RGO : Reflux Gastro-œsophagien
RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation (en l'absence d'AMM)
SaO_2 : Saturation en O_2
SARM : *Staphylococcus Aureus* Résistant à la Méticilline
SAS : Syndrome d'Apnées du Sommeil
SC : Sous-Cutanée (voie d'administration)
SGA : Streptocoque de Groupe A
SIADH : Sécrétion Inappropriée d'Hormone AntiDiurétique
SRAA : Système Rénine Angiotensine Aldostérone
SRO : Solution de Réhydratation Orale
SAS : Syndrome d'Apnées du Sommeil
TA : Tension Artérielle
TAG : Trouble Anxieux Généralisé
TAS : Tension Artérielle Systolique
THM : Traitement Hormonal de la Ménopause
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
TSH : thyréostimuline *(Thyroïd Stimulating Hormone)*
TVP : Thrombose Veineuse Profonde
UI : Unité Internationale
VEMS : Volume Expiratoire Maximal par Seconde
VG : Ventricule Gauche
VGM : Volume Globulaire Moyen
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VNI : Ventilation Non Invasive
VS : Vitesse de Sédimentation
VZV : *Varicella-Zoster Virus*

A

Accident ischémique transitoire

RAPPELS

Bref épisode de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale, cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'une heure (70 %), sans preuve d'infarctus aigu.

Diagnostic Devant des déficits neurologiques variés, moteurs ou sensitifs, bilatéraux ou à bascule, pouvant également affecter la vision, la parole ou l'équilibre. L'accident ischémique transitoire (AIT) est une urgence qui nécessite l'administration immédiate d'aspirine, une imagerie cérébrale pour écarter un hématome, rechercher des lacunes et éliminer un saignement ou un processus expansif.

Objectif thérapeutique Prévention d'une récidive et surtout d'un accident vasculaire constitué.

➡ *Le traitement est fonction du mécanisme étiologique qui nécessite, en fonction de l'âge et du contexte, un bilan neurologique (imagerie cérébrale), cardiaque (ECG, échographie transthoracique ou transœsophagienne, holter rythmique), vasculaire (échographie-doppler ou angio-IRM des troncs artériels supra-aortiques) et métabolique.*

➡ *Un traitement anticoagulant à posologie curative est indiqué en urgence si un mécanisme cardioembolique est retenu (30 %) et après exclusion d'une hémorragie ou d'un hématome intracrânien.*

➡ *Un traitement antiagrégant et le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires (HTA, dyslipidémie, diabète, tabac) sont indiqués si un mécanisme athéromateux est retenu.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Avant la prescription d'un traitement anticoagulant

- *Recherche de contre-indications* : syndrome hémorragique ou situations à haut risque (ulcère digestif évolutif, HTA maligne, hémorragie cérébrale), ATCD de thrombopénie induite par l'héparine, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse et allaitement.
- *Recherche de terrains à risques* : sujets âgés, insuffisance rénale, poids < 40 kg, insuffisance hépatique, maladies rétiniennes, chirurgie neurologique récente.
- *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées* : AINS, antiagrégants plaquettaires.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : corticoïdes, thrombolytiques, dextran, inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques.

Avant la prescription d'un traitement à visée antiathéromateuse (antiagrégants)

- *Recherche de contre-indications* : lésion hémorragique évolutive, insuffisance hépatique sévère, grossesse et allaitement.
- *Recherche de terrains à risque nécessitant une surveillance particulière* : intervention chirurgicale récente, insuffisance rénale.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : AINS.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Dans tous les cas, la survenue brutale d'un déficit neurologique justifie l'**administration immédiate de 100 mg d'acide acétylsalicylique** (réduction de 60 % du risque de récidive dans les 6 semaines).

Ordonnance en cas de mécanisme thromboembolique

- **Énoxaparine 100 UI/kg par voie sous-cutanée**, 2 fois/24 h à 12 heures d'intervalle.
Puis relais par un anticoagulant par voie orale :
– soit antivitamine K ;
– soit nouveaux anticoagulants anti-Xa ou antithrombine de façon définitive en l'absence de contre-indications nouvelles et tant que le rapport bénéfice/risque paraît favorable.
- **Rivaroxaban 20 mg/j en une prise.**
Réduction à 15 mg/j en cas de clairance de la créatinine inférieure à 50 mL/min ou sujets âgés > 80 ans.

Règles hygiénodiététiques

- Sont contre-indiquées les injections IM, les ponctions et injections intra-articulaires ou artérielles, les infiltrations sympathiques.
- Sous AVK, éviter les aliments riches en vitamine K : choux, laitue, épinards, huile de colza ou de soja.

Ordonnance en cas de mécanisme athéromateux

- **Acide acétylsalicylique 100 mg :** un cp gastrorésistant le matin au petit déjeuner de façon définitive en l'absence de contre-indications nouvelles et tant que le rapport bénéfice/risque paraît favorable.

Ordonnance en cas de mécanisme athéromateux (suite)

À ce traitement sont souvent associés :
– un traitement antihypertenseur car le contrôle des chiffres tensionnels est un élément important du risque de récidive ;
– un hypocholestérolémiant dont la prescription en prévention secondaire est associée à une réduction des AVC, des évènements cardiovasculaires et des décès.

• **Périndopril :** débuter à 2 mg/j et, si la tolérance est bonne, passer à 4 mg/j après 4 semaines.

• **Atorvastatine :** débuter à 10 mg/j et, si la tolérance est bonne, augmenter à 20 mg/j après 4 semaines, 30 mg/j après 8 semaines et 40 mg/j après 12 semaines, en fonction des résultats biologiques obtenus.

Règles hygiénodiététiques

- Arrêt du tabac.
- Exercice physique régulier (30 à 45 min, 3 à 5 fois/semaine).
- Normalisation pondérale et régime peu salé.

Situations particulières

Les sténoses carotidiennes supérieures à 70 % engendrent un risque élevé d'AVC (jusqu'à 30 % dans les 2 années qui suivent un AIT) et peuvent bénéficier d'une endartériectomie, de préférence dans les 15 jours. L'avis d'un chirurgien vasculaire doit être sollicité rapidement.

SURVEILLANCE

• *En cas de traitement anticoagulant* : de l'absence des saignements et d'une indication persistante au long cours.

• *En cas de traitement d'athérome* : de l'observance du traitement et de la réduction des facteurs de risque cardiovasculaire.

Acné de l'adolescent et de l'adulte jeune

RAPPELS

Maladie inflammatoire du follicule pilosébacé touchant 70 % des adolescents, due à l'association d'une hypersécrétion sébacée, d'une hyperkératinisation des ostiums folliculaires et d'une colonisation par *Propionibacterium acnes*.

Diagnostic Clinique devant des lésions du visage le plus souvent mais possiblement du dos, des épaules et de la partie antérieure du thorax. Coexistent, sur les zones atteintes, des lésions rétentionnelles : comédons ouverts (points noirs) et fermés (microkystes), et des lésions inflammatoires : papules, pustules et ainsi que des nodules dans les formes plus sévères.

Objectif thérapeutique Initialement, obtenir une nette amélioration des lésions puis éviter les rechutes. Il est important de diminuer le retentissement parfois majeur de l'acné sur la qualité de vie.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Afin de favoriser l'observance*, bien expliquer les points suivants au patient :
– le traitement n'est pas efficace immédiatement ; il faut attendre plusieurs semaines avant d'observer une amélioration ;
– le traitement est suspensif (à l'exception du traitement par isotrétinoïne par voie générale dans certains cas), ce qui implique de poursuivre

le traitement d'attaque par un traitement d'entretien pendant la durée d'évolution de l'acné ;
– les effets secondaires des traitements locaux, en particulier l'effet irritant des rétinoïdes locaux, et les moyens d'y remédier.

• *Rechercher d'éventuels facteurs favorisants* : corticoïdes, barbituriques, vitamine B12.

• *Rechercher les contre-indications des antiacnéiques* : grossesse.

• *Rechercher les contre-indications des tétracyclines et les associations déconseillées* : insuffisance hépatique, grossesse et allaitement ; acitrétine, isotrétinoïde, psoralènes.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement d'attaque d'une durée de 3 mois

• *Soins de peau à maintenir durant l'évolution de l'acné :*
– toilette du visage avec un savon sans savon : **pain dermatologique** ou **syndet** *(synthetic detergent)*, ou une **eau micellaire** ;
– crème émolliente pour peau acnéique : une application le matin sur les zones atteintes.

• *Acné légère à modérée :*
– **adapalène crème 0,1 %** ;
ou
– **trétinoïne crème 0,025 % :** appliquer le soir en petite quantité sur les zones atteintes. Débuter le traitement un soir sur deux pendant 15 jours puis passer à 1 application/j ;
– **péroxyde de benzoyl crème 5 % :** une application le soir.
Attention, ce traitement peut décolorer les vêtements.
En cas de sécheresse cutanée et d'irritation malgré l'application quotidienne d'une crème émolliente : espacer les applications (1 jour sur 2 voire 1 jour sur 3).
En cas d'échec d'un traitement local, celui-ci peut-être intensifié (augmentation des doses, du rythme d'application) si la tolérance le permet ou un traitement antibiotique *per os* (cf. ci-dessous) peut être associé au traitement local.

• *Acné moyenne à sévère :*
– **doxycycline :** 100 mg/j ou **lymécycline :** 300 mg/j, en 1 prise/j. Ne pas dépasser une durée de 3 mois consécutifs ;
associé à
– **adapalène 0,1 %** ou **trétinoïne crème 0,025 %** le matin (cf. ci-dessus).

Ordonnance de traitement d'entretien

• **Adapalène 0,1 %** ou **trétinoïne crème 0,025 %** tous les jours ou un jour sur deux + **péroxyde de benzoyl crème 2,5 %** 1 fois/j.

Mesures hygiénodiététiques

Protection solaire adaptée en raison du risque de séquelles pigmentées et du risque de photosensibilisation associé en particulier aux cyclines.

Situations particulières

• *Dans les acnés importantes*, résistantes à 3 mois de traitement bien conduit ou sévères (nodulaires), un traitement par isotrétinoïne orale devra être envisagé après avis spécialisé : **isotrétinoïne,** 0,5 à 1 mg/kg/j, en une ou deux prises aux repas, mais l'**effet tératogène et embryotoxique majeur** de ce produit nécessite une contraception efficace et obligatoire. Aussi les modalités de prescription et de surveillance sont très contraignantes pour les femmes en âge de procréer :
– la prescription initiale, réservée aux dermatologues, nécessite préalablement le recueil de l'accord de soins et de contraception de la patiente et la remise d'un carnet-patiente complété ;
– chaque prescription est limitée à 1 mois de traitement dont la poursuite nécessite une nouvelle prescription ;
– elle est subordonnée à l'obtention d'un résultat négatif de test de grossesse, qui doit être réalisé tous les mois, dans les 3 jours précédant la prescription ;
– la date et le résultat du test de grossesse doivent être mentionnés dans le carnet-patiente ;
– la délivrance doit être effectuée au plus tard 7 jours après la prescription ;

Situations particulières (suite)

– la délivrance ne peut se faire qu'après avoir vérifié que toutes les mentions obligatoires suivantes figurent dans le carnet-patiente.

• *Lors de la première prescription :*
– signature de l'accord de soins et de contraception ;
– mise en place d'au moins une méthode de contraception efficace depuis au moins 1 mois ;
– évaluation du niveau de compréhension de la patiente ;
– date du test de grossesse (hCG plasmatiques).

• *Lors des prescriptions suivantes :*
– poursuite d'une contraception efficace ;
– évaluation du niveau de compréhension de la patiente ;
– date du test de grossesse (hCG plasmatiques) ;
– la date de délivrance doit être mentionnée dans le carnet-patiente.

SURVEILLANCE

De l'efficacité du traitement, de son observance (effet clinique retardé) et de sa tolérance, en particulier l'effet irritant des rétinoïdes locaux.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

A

Agitation aiguë

RAPPELS

Urgence médicale car tout retard de prise en charge majore le risque de passage à l'acte. Représente 1 % des passages aux urgences hospitalières.

Diagnostic Perturbation notable du comportement psychomoteur et relationnel avec intolérance de l'entourage. Plusieurs types d'agitation peuvent être distingués :
– agitation psychiatrique : trouble psychotique aigu, épisode maniaque ou mélancolique, schizophrénie ou troubles de la personnalité ;
– agitation confusionnelle : cause toxique, médicamenteuse ou organique ;
– agitation neurologique : démences, hématome sous-dural, tumeur frontale, épilepsie temporale, etc.

➠ *L'anamnèse et l'analyse des antécédents médicaux généraux et psychiatriques et du traitement en cours sont fondamentales.*
➠ *Évaluation de l'orientation, de la vigilance, de l'humeur.*
➠ *Recherche d'une consommation alcoolique et/ou de toxiques.*
➠ *Le contexte social doit également être évalué.*

Objectif thérapeutique

- Éviter l'escalade de la violence.
- Assurer la sécurité du patient et de son entourage.

- Apaiser les symptômes.
- Retrouver l'étiologie.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche en urgence*, si possible, d'une **hypoxie** ou d'une **hypoglycémie** sévère par la mesure de la saturation artérielle en oxygène et celle de la glycémie capillaire.
- *Recherche systématique* d'une **cause organique**, surtout chez la personne âgée (hyperthermie, globe vésical, douleur, etc.).
- Tenir compte des premiers signes de violence (impatience, déambulation, discours incompréhensible, méfiance, etc.).
- *Recherche de contre-indications* aux sédatifs et aux neuroleptiques, et chez les patients psychotiques : agonistes dopaminergiques, sauf lévodopa (amantadine, bromocriptine, lisuride, piribédil, ropinirole, cabergoline, pramipexole, apomorphine) en dehors du cas du patient parkinsonien (antagonisme réciproque de l'agoniste dopaminergique et des neuroleptiques).
- Prise en charge :

– un patient agité peut être dangereux, il doit être rassuré et mis au calme sans rester seul ;
– le soignant doit rester calme et ne prendre aucun risque. Une écoute et un dialogue empathiques doivent être privilégiés.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Loxapine solution buvable : 50 gouttes, soit 50 mg, en une prise. Posologie indicative, à ajuster à la réponse clinique. Les posologies doivent être réduites de moitié chez le sujet âgé.

Mesures complémentaires

- *Si consommation d'alcool* : mesure de l'alcoolémie, mesure de la glycémie, au besoin prévention du *délirium tremens*.
- *Si étiologie iatrogène* : arrêt du traitement ou du toxique incriminé.
- *En l'absence de cause iatrogène* : **bilan étiologique** avec initialement NFS, ionogramme sanguin, glycémie, calcémie, TSH, PAL, gamma-GT, ammoniémie, toxiques sang et urines.

Situations particulières

- *En cas d'agitation éthylique ou cocaïnique* : **diazépam 10 mg**, 1 à 2 cp *per os*.
- *En cas de trouble psychotique aigu*, introduction d'un antipsychotique de seconde génération : **quétiapine LP 300 mg**, 1 cp/j (majorer à 600 mg/j si absence de réponse clinique).
- *En cas de refus du traitement* per os :

– **loxapine injectable à 50 mg/2 mL** : 1 à 2 ampoules IM ;
ou
– **diazépam injectable à 10 mg/2 mL** : 1 à 2 ampoules IM.

- *En cas de péril imminent et d'échec du dialogue* : **contention physique**, mesure temporaire sur prescription médicale aux risques potentiellement graves. Elle doit toujours être associée à une sédation et nécessite une traçabilité.

Situations particulières (suite)

• *Si agitation très résistante*, association **diazépam 10 à 20 mg** *per os* avec **loxapine 50 à 100 gouttes** *per os*. Formes IM si refus du patient.

SURVEILLANCE

• Réévaluation très régulière de l'état clinique.

• Surveillance de l'état de vigilance et des constantes (saturation artérielle en oxygène, pouls, tension artérielle et température).

• Surveillance des risques liés au décubitus si contention physique.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Algie vasculaire de la face

RAPPELS

Céphalée paroxystique récurrente, plus rare que la migraine, qui affecte souvent des sujets jeunes et de sexe masculin (4/1). La douleur, strictement unilatérale, est très violente, dure de 15 à 180 minutes et s'accompagne de signes végétatifs homolatéraux (larmoiement, rougeur conjonctivale, rhinorrhée, œdème palpébral). L'algie vasculaire de la face idiopathique ne comporte aucune lésion cérébrale ou vasculaire sous-jacente.

Diagnostic Clinique : l'algie vasculaire se différencie de la migraine par l'absence habituelle d'aura, par l'intensité de la douleur, par les signes végétatifs, par l'état d'agitation qui l'accompagne et, surtout, par son évolution. Il s'agit d'une maladie périodique (90 %) évoluant par salves de 2 à 8 semaines durant lesquelles les crises sont quotidiennes, souvent à heure fixe. Les récidives surviennent une ou deux fois par an (caractère saisonnier). Rarement (10 %), il s'agit d'une forme chronique, subintrante, sans rémission pendant un an. L'examen clinique est strictement normal de même que l'imagerie cérébrale. La névralgie du trijumeau constitue un autre diagnostic différentiel mais elle affecte volontiers les sujets > 50 ans, avec une douleur évoluant par salves de quelques secondes dans le territoire d'une branche du V, avec une zone gâchette dans le même territoire.

Objectif thérapeutique Il est double :
– *traiter la crise pour soulager le malade*. Seuls deux traitements ont fait la preuve de leur efficacité : le sumatriptan injectable et l'oxygénothérapie au masque ;

– *prévenir les récidives fréquentes par la mise en place d'un traitement de fond* : le vérapamil et le carbonate de lithium sont utilisés, bien que sans AMM dans cette indication (le vérapamil possède une Recommandation temporaire d'utilisation). Ce traitement de fond n'est pas indispensable chez les patients ayant des épisodes courts et bien contrôlés par le traitement symptomatique.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher des contre-indications au sumatriptan injectable* (puissant vasoconstricteur) : antécédents de coronaropathie, d'infarctus cérébral, d'artérite des membres inférieurs, de syndrome de Wolff-Parkinson-White, d'HTA non contrôlée, de syndrome de Raynaud et de colite ischémique, insuffisance hépatique ou rénale sévère.

• *Rechercher des contre-indications* :
– à l'oxygénothérapie : insuffisance respiratoire chronique ;
– au vérapamil : blocs atrioventriculaires, hypotension artérielle, cardiopathies, grossesse ;
– au lithium : insuffisance rénale, déplétion hydrosodée, grossesse.

• *Recherche de terrains à risque* :
– sumatriptan : facteurs de risque cardiovasculaires, conducteurs de véhicules ;
– vérapamil : bradycardie, sujets âgés, insuffisance hépatique, pathologies neuromusculaires ;
– au lithium : cardiopathies, dysthyroïdies.

• *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées* :
– sumatriptan : ergotamine, IMAO ;
– vérapamil : antiarythmiques, aliskiren, ivabradine, diltiazem, millepertuis ;
– lithium : ARA II, AINS, carbamazépine, diurétiques, IEC, alcool.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* :
– sumatriptan : antidépresseurs sérotoninergiques, cimétidine ;
– vérapamil : alpha1 et bêtabloquants, buspirone, carbamazépine, ciclosporine, clonidine, digoxine, tacrolimus, lithium, statines, dabigatran, inhibiteurs du CYP 3A4, AINS, corticoïdes, imipramine, neuroleptiques, baclofène, jus de pamplemousse ;
– lithium : acétazolamide, antidépresseurs sérotoninergiques, neuroleptiques, méthyldopa, topiramate, anesthésiques (arrêt de 24 h).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la crise à débuter le plus tôt possible

• *Sur ordonnance d'exception :* ***Imiject,*** **1** injection sous-cutanée de 6 mg.
Sédation de la crise en 5 à 15 minutes (75 %).
Dose maximale 2 inj./24 h (espacement minimal de 1 heure).

• *Oxygénothérapie au masque :* 7 litres/min pendant 15 minutes. Parfois augmenter le débit jusqu'à 12 litres/min.
Sédation de la crise en 5 à 10 minutes (75 %).
Traitement à proposer systématiquement en cas d'échec ou de contre-indication au sumatriptan ou en cas de crises quotidiennes fréquentes. La première prescription doit être faite par un neurologue, un ORL ou un centre antidouleur pour 3 mois.
Un prestataire de service, par exemple Orkyn® ou VitalAir®, assure la délivrance, le renouvellement et l'entretien à domicile du matériel nécessaire (forfaits 28 et 29).

Ordonnance de traitement de fond de première intention

Dans le cadre d'une RTU avec fiche de suivi : ***vérapamil*** 120 mg.

• *Formes épisodiques :* 120 mg 2 fois/j avec une augmentation de 120 mg tous les 2-7 jours jusqu'à 480 mg/j (posologie maximale de 720 mg). Le traitement peut être interrompu après la durée habituelle de la période de crises. L'arrêt du traitement doit être progressif. En cas de réapparition des crises, revenir à la dose du palier précédent.

• *Formes chroniques :* même schéma mais la posologie nécessaire peut aller jusqu'à 960 mg/j.
Pendant une crise, le vérapamil peut être associé aux **triptans**.

Ordonnance de traitement de fond de première intention (suite)

Un **ECG est indispensable** avant d'instaurer le traitement pour éliminer un bloc atrioventriculaire (contre-indication).

Situations particulières

• *Traitement de fond de deuxième intention :* **carbonate de lithium 250 mg, cp sécable,** débuter par 250 mg 2 fois/j puis effectuer une lithiémie le matin du 5ᵉ jour. Objectif de lithiémie efficace : 0,5 à 0,8 mEq/L. Si nécessaire, augmentation de 250 mg et contrôle au 5ᵉ jour. Posologie habituellement requise : 600 à 1 500 mg/j.
Une mesure préalable de créatinine, calcémie, glycémie, NFS, TSH, ionogramme sanguin + la réalisation d'un ECG + la vérification d'une contraception efficace sont indispensables.

• *Les formes réfractaires* (forme chronique > 3 ans avec crises quotidiennes pharmaco-résistantes) relèvent en première intention d'une stimulation des nerfs grands occipitaux.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité et de la tolérance du sumatriptan :* syndrome des triptans (somnolence, vertiges, bouffées de chaleur), manifestations coronariennes.

• *De l'efficacité et de la tolérance du vérapamil :* constipation, hypotension, œdèmes des membres inférieurs. Un contrôle de la TA et un ECG sont indispensables avant chaque augmentation de dose. Si dose > 480 mg/j, le contrôle TA et ECG doit aussi être réalisé entre 7 et 10 jours après l'augmentation.

• *De l'efficacité et de la tolérance du lithium :* la lithiémie efficace atteinte, un contrôle est nécessaire après 1 semaine puis tous les 3 mois et après chaque changement de posologie. Possibilité de tremblements, diarrhée, polyurie, troubles rénaux, thyroïdiens et cognitifs → surveillance clinique et biologique. Recherche de neurotoxicité (paresthésies, ataxie).

NOTES PERSONNELLES

A

Algodystrophie

RAPPELS

L'algodystrophie, ou syndrome régional douloureux complexe de type I, correspond au développement de troubles vasomoteurs réflexes dans les suites d'un traumatisme d'un membre.

Diagnostic Dans les suites d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale, mais parfois sans facteur déclenchant identifié, s'installe une douleur au repos et à la moindre mobilisation d'une articulation, avec impotence fonctionnelle, hyperalgésie et allodynie, associée à des troubles trophiques cutanés avec hyperthermie locale, rougeur ou cyanose, un gonflement des tissus mous périarticulaires, éventuellement un épanchement intra-articulaire. Secondairement s'installe une dystrophie ou atrophie cutanée et des rétractions musculotendineuses. Le diagnostic repose essentiellement sur la clinique mais aussi sur des signes radiographiques (déminéralisation en bandes métaphysaires ou déminéralisation pommelée). Une scintigraphie osseuse montre à la phase initiale une hyperfixation et, à la phase tardive, une hypofixation.

Objectif thérapeutique Réduire les douleurs et améliorer progressivement la mobilité articulaire.

- *Aucune thérapeutique médicamenteuse n'a démontré scientifiquement son efficacité, ce qui donne d'autant plus d'importance à la prise en charge kinésithérapique.*
- *Seuls les antalgiques ont un intérêt pour améliorer la symptomatologie douloureuse.*

- *Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne sont pas efficaces.*
- *La calcitonine n'a plus d'intérêt.*
- *Les bisphosphonates sont controversés.*
- *Les injections intra-articulaires et les blocs périarticulaires n'ont pas démontré leur efficacité.*

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Paracétamol :** 1 g matin, midi et soir (ne pas dépasser 4 g/j).

Prescriptions de kinésithérapie

- Physiothérapie antalgique avec bains écossais (alternance d'expositions au chaud et au froid).
- Massages de drainage de l'œdème.
- Mobilisation douce, passive puis active pour lutter contre l'enraidissement articulaire, en restant en deçà des amplitudes provoquant la douleur.
- Réappropriation du schéma corporel et du mouvement grâce à la technique du miroir qui peut-être pratiquée à domicile (excellents résultats).

Règles hygiénodiététiques

- Au stade initial de l'algodystrophie, la mise au repos de l'articulation concernée est conseillée, soit en décharge contrainte, soit en limitant les contraintes du segment articulaire atteint.
- Marche avec pas simulés avec l'aide de cannes.
- Réalisation quotidienne par le patient de bains écossais et d'une mobilisation articulaire passive douce.

Situations particulières

- **Des injections intra-articulaires de corticoïdes** ont été proposées, notamment en cas de capsulite rétractile de l'épaule : **prednisolone susp. 2,5 % 0,5 à 1,5 mL**, infiltration susceptible

Situations particulières (suite)

d'être renouvelée (une seule fois) après 7 à 21 jours. Il n'y a pas de démonstration scientifique d'efficacité de ces techniques mais le recours à l'infiltration peut être proposé dans les formes rebelles.

• **Les bisphosphonates** ont, dans certaines études, démontré un intérêt dans les formes rebelles d'algodystrophie. Néanmoins, la preuve scientifique d'efficacité n'est pas totalement fournie.

• **En cas d'absence d'amélioration dans les deux premiers mois**, une prise en charge globale (bio-psycho-sociale) dans un centre de la douleur peut être envisagée.

SURVEILLANCE

De l'efficacité du traitement : l'amélioration est jugée sur l'évaluation de la douleur, les paramètres objectifs de mobilisation articulaire et la fonctionnalité globale de l'articulation. Une algodystrophie n'évolue favorablement que très lentement, c'est-à-dire sur plusieurs mois.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Alopécie de l'adulte

RAPPELS

Accélération de la chute des cheveux et/ou des poils, l'alopécie est une manifestation courante qui peut entraîner un retentissement psychologique important. Sa prise en charge nécessite de distinguer :

– **l'effluvium télogène**, qui consiste en une chute de cheveux diffuse, rapide et spontanément réversible qui peut survenir dans les suites d'une intervention chirurgicale, d'un épisode médical aigu (infection sévère), en post-partum ou lors d'un stress. Cette raréfaction capillaire ne nécessite aucun traitement ;

– **l'alopécie androgénique**, d'apparition progressive avec l'âge, qui affecte chez l'homme les golfes temporaux, puis la lisière frontale du cuir chevelu, puis le sommet du crâne. Chez la femme, il s'agit d'une raréfaction ovale des cheveux au niveau du vertex et en pariétal. Bien que cette raréfaction capillaire soit physiologique, elle peut justifier un traitement mais ce dernier reste purement suspensif ;

– **la pelade**, qui réalise une chute brutale sur une ou plusieurs zones très bien limitées, arrondies, du cuir chevelu. Elle peut s'étendre à l'ensemble du cuir chevelu (pelade décalvante), voire à l'ensemble des zones pileuses (pelade universelle). Le cuir chevelu reste normal. L'évolution est imprévisible : la repousse de plaques peu nombreuses est fréquente mais les récidives sont également fréquentes. La pelade est considérée comme d'origine auto-immune, parfois associée à une thyroïdite.

Diagnostic Reste purement clinique mais nécessite quelques précautions :
– en cas d'effluvium télogène, l'absence de repousse au-delà de 3/6 mois nécessite de contrôler NFS, ferritinémie et TSH ;
– une alopécie androgénique sévère chez la femme doit faire évoquer une cause hormonale d'hyperandrogénie (bilan spécialisé) ;
– une pelade avec cuir chevelu squameux ou lésé doit faire rechercher une teigne (trichogramme en cas de doute) et plus rarement un lupus, un lichen ou une sclérodermie en plaques (biopsie cutanée avec immunofluorescence).

Objectif thérapeutique

- Ralentir ou stopper la chute dans l'alopécie androgénique.
- Favoriser la repousse dans la pelade.
- Prendre en charge le retentissement psychologique et/ou social.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications :*
– finastéride : ne pas utiliser chez la femme (inefficace et risque tératogène) ;
– clobétasol : infections cutanées bactériennes, virales, mycosiques ou parasitaires ; lésions ulcérées.
- *Recherche d'associations déconseillées :* finastéride, autres inhibiteurs de la 5-α-réductase utilisés en urologie.
- *Recherche de terrains à risque :* insuffisance hépatique.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas d'effluvium télogène

Aucun traitement pharmacologique n'est nécessaire.

Ordonnance en cas d'alopécie androgénique

- *Chez l'homme :* **minoxidil solution 5 %.**
- *Chez la femme :* **minoxidil solution 2 %.**

Appliquer 1 mL matin et 1 mL le soir sur la zone d'alopécie. En pratique, 7 pulvérisations matin et soir puis masser légèrement.

Les patients doivent être informés que les résultats (interruption de la chute ou parfois repousse) ne s'observent qu'après plusieurs mois de traitement (6 à 12 mois) et que l'arrêt du traitement entraîne un retour à l'état initial en quelques semaines à quelques mois.

- *Chez l'homme de 18 à 41 ans et dans les formes peu évoluées :* **finastéride 1 mg,** 1 cp/j de façon prolongée.

NB : ce médicament entraîne une réduction du taux de PAS sérique qu'il est nécessaire de prendre en compte si l'on utilise ce test.

Ordonnance en cas de pelade

- *Dans les atteintes modérées* (2 ou 3 plaques) :
– **clobétasol propionate crème à 0,05 % :** une application le soir sur les plaques jusqu'à la repousse ;
– une fois les cheveux partiellement repoussés, remplacer par **clobétasol propionate gel** jusqu'à une repousse totale.

Un traitement par **minoxidil solution 5 %,** une application par jour sur les plaques, peut être associé.

- *Dans les formes étendues,* une prise en charge spécialisée peut être proposée avec une photothérapie UVB ou UVA, une corticothérapie systémique ou d'autres immunosuppresseurs notamment le méthotrexate.

SURVEILLANCE

De la tolérance du traitement : irritation locale avec les applications topiques; douleurs testiculaires, troubles sexuels, réactions allergiques avec le traitement oral.

NOTES PERSONNELLES

A

Anémie par carence en acide folique et/ou en vitamine B12

RAPPELS

Baisse du taux d'hémoglobine (< 120 g/L) engendrée soit par une carence en acide folique (vitamine B9), soit par une carence en vitamine B12, les deux pouvant être associées. Elles entraînent une augmentation du volume globulaire moyen (VGM > 100 μ^3) lié à la diminution des mitoses et à la prolongation du cycle cellulaire, les globules prenant l'aspect de mégaloblastes : anémies dites mégaloblastiques, le plus souvent arégénératives (taux de réticulocytes bas).

Diagnostic Devant une asthénie, une dyspnée, une douleur thoracique, une pâleur ou sur un hémogramme demandé pour une autre raison. Plus rarement une malnutrition, des signes neurologiques ou psychiques ou une glossite peuvent conduire au diagnostic. La carence en acide folique est affirmée sur la constatation de folates plasmatiques < 4 ng/mL et la carence en vitamine B12 sur un taux sérique < 150 pmol/L.

Objectif thérapeutique Normalisation du taux d'hémoglobine et prévention des manifestations cliniques susceptibles d'être induites par les carences.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Identifier l'origine de la carence* : malnutrition, en particulier chez les personnes âgées; carence d'apport (régime végétalien; éthylisme);

gastrectomie ou gastrite atrophique (si auto-immune : maladie de Biermer) ; pathologies du grêle ou pancréatiques responsables de malabsorption.

• *Recherche de médicaments favorisants :* molécules perturbant le métabolisme des folates (méthotrexate, triméthoprime, pyriméthamide, salazopyrine, antiépileptiques) ou de la vitamine B12 (cholestyramine, colchicine, biguanides, néomycine).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Si anémie importante* (hémoglobine < 70 g/L) *et/ou mal tolérée* (sujets âgés, coronariens, insuffisants cardiaques) : **transfusions de 2 poches de concentré érythrocytaire** après groupage sanguin et recherche d'anticorps antiérythrocytaires irréguliers.

• *Pour corriger une carence en acide folique*, une administration par voie orale est nécessaire pendant une durée prolongée, dépendante de l'étiologie : **acide folique cp 5 mg**, 1 cp matin et soir.

• Pour corriger une carence en vitamine B12, une administration parentérale est nécessaire, le plus souvent de façon définitive (dépendante de l'étiologie) : **vitamine B12 1 000 µg**, 1 ampoule par voie IM tous les 2 jours pendant un mois (pour corriger le déficit) puis 1 ampoule IM tous les 2 mois à vie.

NB :

– un traitement par voie orale est possible à raison d'une ampoule à 1 000 µg/j. Cependant, l'absorption digestive est très médiocre et la compliance est incertaine → surveillance ;

– un traitement de folates administré pour une carence en vitamine B12 peut aggraver d'éventuelles lésions neurologiques. En l'absence de dosages sanguins, les deux vitamines doivent être administrées conjointement.

• *Le traitement étiologique*, s'il est possible, est indispensable à la prévention des récidives. Parfois, le traitement vitaminique devra être poursuivi indéfiniment.

Règles hygiénodiététiques

• Assurer un apport alimentaire riche en folates : levure (3 900 µg/100 g) ; haricots blancs, germes de blé, farine de soja

Règles hygiénodiététiques (suite)

(300 µg/100 g) ; épinards, lentilles, petits pois, cerfeuil, cresson (140 à 265 µg pour 100 g).

- Assurer un apport alimentaire suffisant en vitamine B12 : abats, viandes, fruits de mer, poissons, lorsque l'absorption digestive est possible.

Situations particulières

- *Une carence martiale* peut être associée et se dévoiler progressivement après quelques semaines d'administration vitaminique. Aussi un contrôle de l'hémogramme et des réserves en fer (ferritinémie) est-il nécessaire au bout d'un mois de traitement.
- *En cas d'infection gastrique par* Hélicobacter pylori, le traitement approprié doit être associé (*cf.* traitement fiche « Ulcère gastrique et ulcère duodénal »).

SURVEILLANCE

- De l'hémogramme après 8 jours (crise réticulocytaire), 1 mois (détection d'une carence en fer) et 3 mois pour s'assurer d'une parfaite correction du taux d'hémoglobine.
- De l'amélioration, voire de la disparition, des signes éventuels de la carence en vitamine B12, en particulier neurologiques.
- De la mise en place et de l'efficacité du traitement étiologique lorsqu'il est possible.
- *Dans la gastrite de Biermer*, une **gastroscopie de contrôle** est recommandée tous les 3 à 5 ans (en fonction des lésions initiales) en raison du risque accru de cancer gastrique.

Anémie par carence en fer

RAPPELS

Baisse du taux d'hémoglobine (< 120 g/L) engendré par une carence martiale, qui entraîne également une réduction du volume globulaire moyen : VGM < 85 µ³.

Diagnostic Devant une asthénie, une dyspnée, une douleur thoracique, une pâleur ou sur un hémogramme demandé pour une autre raison. Plus rarement, des troubles trophiques (ongles cassants, glossite, chéilite) témoignent de la carence en fer. Cette dernière est suspectée devant une ferritine < 30 µg/L, certaine si ferritine < 20 µg/L. L'anémie est arégénérative : taux de réticulocytes bas.

Objectif thérapeutique Normalisation du taux d'hémoglobine et prévention des manifestations cliniques de la carence.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Identifier l'origine de la carence* : déficit d'apport (rare : anorexie, régime végétarien ou végétalien strict) ; malabsorption (maladie cœliaque, gastrite chronique, plus rarement pathologies du grêle) ; surtout pertes sanguines distillantes chroniques (origine gynécologique ou obstétricale chez les femmes jeunes ou multipares, origine digestive chez les sujets plus âgés des deux sexes).
- *Recherche de médicaments favorisants* : aspirine, AINS, antiagrégants ou anticoagulants au long cours.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Si anémie sévère* (hémoglobine < 70 g/L) *et/ou mal tolérée* (sujets âgés, coronariens, insuffisants cardiaques) : **transfusions de 2 poches de concentré érythrocytaire** après groupage sanguin et recherche d'anticorps antiérythrocytaires irréguliers.

• Puis administration de fer par voie orale : **sulfate ferreux + acide ascorbique**, 1 cp tous les matins à jeun (si la tolérance est médiocre, possibilité de prise au cours d'un repas) pendant une durée d'au moins 3 mois (en prévenant le sujet de la survenue de selles noires). **NB :** il n'y a pas d'intérêt à augmenter la posologie quotidienne car l'absorption du fer est limitée au niveau de l'intestin grêle et la tolérance est moins bonne. Par contre, le traitement doit être poursuivi plusieurs mois pour reconstituer les réserves martiales.

• Le traitement étiologique est indispensable à la prévention des récidives.

Règles hygiénodiététiques

Assurer un apport alimentaire régulier en fer : poissons, viandes, légumes, cacao.

Situations particulières

• *En cas de malabsorption du fer ou d'intolérance à un traitement oral*, un traitement par voie intraveineuse peut être administré dans un établissement de santé : **hydroxyde ferrique**, 300 mg dans 300 mL de sérum salé isotonique à passer en 3 heures, administration renouvelée après 2 à 4 jours en cas de carence profonde (ferritine < 5 µg/L).

Situations particulières (suite)

NB : en raison du risque de réactions graves d'hypersensibilité, une surveillance médicalisée avec des moyens de réanimation doit être assurée pendant au moins 30 min après la perfusion.

• *Si la fuite sanguine chronique reste insuffisamment contrôlée*, le traitement par voie orale doit être plus prolongé ou répété (par exemple, une femme présentant des règles abondantes peut nécessiter l'administration annuelle d'une cure de fer durant 3 mois). Parfois, l'administration par voie veineuse doit être renouvelée.

SURVEILLANCE

• De la tolérance du traitement martial par voie orale qui est parfois médiocre (nausées, douleurs abdominales, constipation, diarrhée), ce qui entraîne l'interruption rapide du traitement par le patient.

• De l'hémogramme après 15 jours et 3 mois pour s'assurer d'une parfaite correction de l'anémie et du volume globulaire.

• De la disparition des signes cliniques éventuels de la carence en fer : asthénie, rhagades de la commissure des lèvres, glossite voire dysphagie.

• De la mise en place et de l'efficacité du traitement étiologique.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

A

Angine ou amygdalite aiguë

RAPPELS

On recense 8 à 9 millions de cas/an en France dont la cause principale est virale (80 %). Le test de diagnostic rapide (TDR) permet le diagnostic d'angine à streptocoque du groupe A (SGA) dans 20 % des cas et justifie alors la prescription antibiotique afin de prévenir le risque de complications.

Diagnostic Clinique devant odynophagie, fièvre d'intensité variable, adénopathies satellites, modifications de l'oropharynx dont l'examen permet de distinguer **4 types anatomocliniques d'angines :**

- *Érythémateux ou érythémato-pultacé*, le plus fréquent :

– prédominance des étiologies virales (60 à 90 %) ;

– les étiologies bactériennes sont dominées par le SGA, plus fréquent entre 5 et 15 ans (25 à 40 %), très rare avant 3 ans. L'aspect de l'oropharynx n'est pas prédictif de l'angine à SGA qui peut être érythémateuse, érythémato-pultacée voire unilatérale, érosive. Le **score de Mac Isaac** (Tableau 1) **est utile chez l'adulte :** si score < 2, probabilité d'infection à SGA < 5 %, donc pas de TDR ni de traitement antibiotique.

Un TDR du SGA sera réalisé devant toute angine érythémateuse ou érythémato-pultacée chez l'enfant de plus de 3 ans, et chez l'adulte si le score de Mac Isaac est ⩾ 2. La sensibilité du test est de 90 %, sa spécificité de 95 %.

Le traitement est symptomatique associé à une antibiothérapie si le TDR du SGA est positif. **L'amoxicilline est utilisé en première intention.**

Tableau 1 – Score de Mac Isaac.

Critères	Score
Fièvre > 38 °C	1
Absence de toux	1
ADP cervicales sensibles	1
Atteinte amygdalienne (↑ de volume ou exsudat)	1
Âge (15-44 ans = 0 ; > 45 ans = 1)	0/1

Les céphalosporines orales sont une alternative. En cas d'allergie aux β-lactamines, les macrolides sont utilisables après prélèvement de gorge préalable (20 % de résistance aux macrolides) (Tableau 2).

• *Pseudomembraneux* :

– la cause principale est la **mononucléose infectieuse (MNI)** liée au virus d'Epstein-Barr (EBV) qui touche l'adolescent et l'adulte jeune avec présence de fausses membranes non adhérentes, respectant la luette, avec purpura du voile du palais, adénopathies diffuses en particulier cervicales et une splénomégalie fréquente.

La numération formule sanguine montre un syndrome mononucléosique et/ou une thrombopénie (50 %), parfois une hypertransaminasémie. Le *MNI test* et la recherche d'IgM anti-VCA (sérologie EBV) confirment le diagnostic. Il n'y a pas de traitement antiviral efficace sur EBV. **Les aminopénicillines (amoxicilline) sont à proscrire car risque d'allergie (exanthème morbilliforme).** Repos, antipyrétique (**paracétamol** : 500 mg à 3 g/24 h selon l'âge) et traitement locaux (**chlorhexidine** en flacon pressurisé : 3 pulvérisations/j chez l'adulte et l'enfant > 3 ans) sont la base de la thérapeutique. La corticothérapie est discutée en hospitalisation dans les formes sévères ou compliquées ;

– il faut penser à la **diphtérie** en l'absence de vaccination, au retour d'un pays d'endémie (Europe de l'Est, pays en développement). Les fausses membranes sont extensives, adhérentes et cohérentes, envahissant la luette.

Le diagnostic est affirmé en urgence par prélèvement de gorge sur écouvillon sec : bacille diphtérique (corynébactérie, bacille Gram +).

• *Vésiculeux* : les angines vésiculeuses sont **virales** (herpangine due à Coxsackie A ; primo-infection herpétique : gingivostomatite herpétique).

Le traitement est symptomatique. L'**aciclovir 200 mg** (cp ou suspension buvable) : 5 fois/j pendant 10 jours chez l'adulte et l'enfant > 2 ans, est réservé aux primo-infections herpétiques sévères.

• *Ulcéronécrotiques* :

– l'**angine de Vincent**, due à l'association fusospirillaire *Fusobacterium necrophorum* et *Borrelia vincentii*, est la plus fréquente (terrain de mauvaise hygiène buccodentaire) : fièvre modérée, haleine fétide, ulcération amygdalienne profonde, souple au toucher protégé, adénopathie satellite.

L'antibiothérapie par pénicilline (**amoxicilline gél. 500 mg** : 1 prise 3 fois/24h pendant 7 jours) est la base de la prise en charge associée à un traitement symptomatique ;

– ne pas oublier, en cas d'angine ulcéronécrotique, la possibilité d'un **chancre syphilitique** (sérologie spécifique + sérologie VIH) ou d'une angine révélatrice d'une **hémopathie.**

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Tableau 2 – Antibiotiques des angines à streptocoque du groupe A (SGA).

Antibiotique	Posologie adulte	Posologie enfant	Durée (jours)
Amoxicilline	1 g/12 h	50 mg/kg/j en 2 prises	6
C2G : céfuroxime-axétil	250 mg/12 h	Non recommandé	4
C3G : cefpodoxime	100 mg/12 h	8 mg/kg/j en 2 prises	5
céfotiam	200 mg/12 h	Non recommandé	5
Azithromycine	500 mg en 1 prise	20 mg/kg/j en 1 prise	3
Clarithromycine	250 mg/12 h	15 mg/kg/j en 2 prises	5
Josamycine	1 g/12 h	50 mg/kg/j en 2 prises	5

L'amoxicilline reste le traitement de référence si le sujet n'est pas allergique aux pénicillines ; le choix d'une molécule avec une durée de prescription courte favorise l'observance. Possibilité d'éruptions cutanées allergiques ou non (MNI, CMV, allopurinol) et de troubles digestifs (diarrhées, candidoses, rarement colite pseudomembraneuse).

Les macrolides nécessitent une culture microbiologique après prélèvement compte tenu des résistances (20 % au moins). Possibilité de troubles digestifs (gastralgies, diarrhées, rarement hépatite toxique).

Angor stable ou angine de poitrine

RAPPELS

Symptômes d'inconfort thoracique liés à un déséquilibre entre les besoins métaboliques du myocarde et les apports en oxygène et nutriments, aboutissant à l'ischémie myocardique.

Diagnostic Devant des douleurs médiothoraciques à type de striction irradiant dans les membres supérieurs, le dos et/ou la mâchoire, souvent accompagnées de signes neurovégétatifs (sueurs, nausées, asthénie, lipothymie, *etc.*). Une présentation plus atypique (dyspnée, blockpnée) peut survenir, en particulier chez les femmes, les personnes âgées ou en cas de diabète. L'ischémie myocardique est documentée par des examens paracliniques (épreuve d'effort, échocardiographie de stress, scintigraphie myocardique, IRM cardiaque, coronarographie avec étude de la réserve coronaire) d'importance pronostique et thérapeutique. Il faut éliminer une anémie, une valvulopathie aortique, une cardiomyopathie hypertrophique et une hypertension artérielle pulmonaire.

Objectif thérapeutique Améliorer les symptômes d'angor, corriger l'ischémie et prévenir les complications cardiovasculaires par un traitement médical ± une procédure de revascularisation (angioplastie percutanée, pontage).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Le traitement médical va associer un antiagrégant plaquettaire (AAP), un bêtabloquant ± un antiangineux et une statine. Les risques de cette polythérapie doivent être analysés :
– *évaluation du risque hémorragique* avant de débuter un traitement AAP, surtout en cas d'associations AAP et anticoagulants. Un inhibiteur de la pompe à protons est conseillé en cas d'association d'antithrombotiques ou d'antécédent d'ulcère gastro-intestinal ;
– *utilisation d'un β-bloquant* : contre-indication en cas d'asthme, de BAV ou de bradycardie importante. Réduire la posologie de 50 % si clairance créatinine < 30 mL/min ;
– *utilisation des bloqueurs du système rénine angiotensine aldostérone (SRAA)* en cas de dysfonction ventriculaire gauche ou d'hypertension artérielle : prudence en cas d'insuffisance rénale chronique, débuter chez des patients normovolémiques avec surveillance de la fonction rénale (recherche d'une sténose des artères rénales en cas de dégradation brutale de la clairance) ;
– *utilisation des statines* (cf. « Hypercholestérolémie ») : contre-indication en cas d'hépatopathie sévère, surveillance des transaminases 6 semaines après l'introduction du traitement.
– *utilisation possible d'ivabradine* (prescription initiale réservée aux cardiologues) : surveillance de la fréquence cardiaque.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• β-bloquant ou inhibiteur calcique, traitement de première intention pour le contrôle de la fréquence cardiaque et des symptômes :
– **bisoprolol :** 1,25 à 10 mg en une prise/j ;
ou
– **diltiazem LP :** 200 à 300 mg en une prise/j.

• Antiangineux, utilisation en cas de symptômes résistants au traitement de fond :
– **molsidomine :** 2 à 4 mg × 3/j,
ou
– **trinitrine patch :** 5 à 15 mg/j,
en fonction de la réponse clinique ;
– **trinitrine spray :** une pulvérisation en cas de crise douloureuse aiguë ou avant l'effort.

• Aspirine seule en l'absence de revascularisation :
– **acide acétylsalicylique :** 75 à 160 mg/j en une prise ; le clopidogrel peut être utilisé en première ligne en cas d'intolérance à l'aspirine ;
– si angioplastie percutanée, aspirine en association avec **clopidogrel**, 75 mg/j (pour une durée variable selon le type d'endoprothèse, de 6 semaines à 12 mois).

• Statines : **simvastatine** 10 à 40 mg/j initialement puis adaptation (minimum de 4 semaines) pour arriver en 6 mois à l'objectif de prévention secondaire (LDLc < 1 g/L). En cas d'échec du traitement ou d'intolérance, discuter l'introduction d'**ézétimibe**.

Règles hygiénodiététiques

• *Contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire* : sevrage tabagique ; contrôle d'une dyslipidémie ; contrôle tensionnel avec

Règles hygiénodiététiques (suite)

objectif de TAS < 140 mmHg et TAD < 90 mmHg ; contrôle glycémique avec objectif d'une HbA1c < 7 %.

• *Prise en charge hygiénodiététique* : activité physique régulière (30 min de marche par jour par exemple) ; limitation des apports en acides gras saturés et trans et en sucres ; obtenir un IMC < 25 kg/m² et/ou une perte de poids d'environ 10 % (si possible, tour de taille < 94 cm chez les hommes et < 80 cm chez les femmes) ; limiter les expositions aux situations de stress psychologique.

Situations particulières et précautions d'emploi

• *En cas d'insuffisance cardiaque ou d'hypertension artérielle*, bloqueur du SRAA : **ramipril** 1,25 mg matin, posologie à augmenter progressivement jusqu'à 10 mg (une augmentation de 30 % de la créatinine est tolérée).

• *En cas de contre-indication aux β-bloquants* (asthme) ou en association si la fréquence cardiaque reste ≥ 75/min avec un angor réfractaire : **ivabradine cp séc. 5 mg**, 2,5 à 7,5 mg 2 fois/j.

• **Associations d'antithrombotiques :** il est primordial de limiter le plus possible les prescriptions concomitantes de traitements antithrombotiques (AAP + anticoagulants). Certaines situations imposent une trithérapie, notamment en cas d'angioplastie chez un patient présentant une indication d'anticoagulation au long cours (fibrillation atriale, maladie thromboembolique, prothèse valvulaire mécanique, thrombus VG). Pour simplifier, en cas de risque hémorragique élevé (score HAS-BLED ≥ 3), la trithérapie initiale peut être remplacée par une association AVK + clopidogrel d'emblée qui peut être relayée dès 6 mois par l'AVK seul. En 2017, la place des nouveaux anticoagulants reste en cours d'évaluation.

• *En cas d'utilisation temporaire d'IPP* pour réduire le risque hémorragique gastroduodénal, éviter l'oméprazole et l'ésoméprazole en cas de traitement par le clopidogrel.

Situations particulières et précautions d'emploi (suite)

• **Chirurgie et risque hémorragique :** si chirurgie urgente, pas de délai. Si chirurgie programmée, attendre la fin du traitement AAP double. Dans les cas intermédiaires de chirurgie semi-urgente, évaluer les risques hémorragique et thrombotique au cas par cas et opérer sous double AAP, aspirine seule ou, exceptionnellement, sans traitement AAP.

SURVEILLANCE

• Surveillance clinique régulière de l'efficacité thérapeutique, dans les premières semaines après les prescriptions puis au minimum 1 fois/an. La persistance de crises d'angor conduit à une réévaluation en vue d'une revascularisation percutanée ou chirurgicale.

• Réévaluation régulière de la tolérance des β-bloquants (hypotension, insuffisance cardiaque, bradycardie, phénomène de Raynaud, psoriasis), des inhibiteurs calciques (œdèmes insensibles aux diurétiques, céphalées, bradycardie), des bloqueurs du SRAA (kaliémie, insuffisance rénale), des statines (effets musculaires, cytolyse hépatique) et du rapport bénéfice/risque des antithrombotiques.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

A

Antibiotique (prescription d')

RAPPELS

L'impact d'une prescription antibiotique inadaptée est double : clinique avec une augmentation de la morbimortalité et écologique avec un risque d'augmentation des résistances bactériennes. Un mauvais choix probabiliste, des doses insuffisantes, une absence de réévaluation lors d'une documentation microbiologique et une durée de prescription trop longue sont les causes habituelles de prescriptions inadaptées.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• Avant toute prescription d'une antibiothérapie curatrice, le prescripteur doit se poser les questions suivantes.

Au niveau stratégique :
- faut-il prescrire une antibiothérapie ?
- faut-il faire un prélèvement bactériologique préalable ?
- quel antibiotique choisir ?
- faut-il utiliser une monoantibiothérapie ou une association ?
- le recours à la chirurgie est-il nécessaire ?

En termes pharmacologiques :
- quelle posologie prescrire ?
- quelle voie d'administration choisir ?
- quel rythme d'administration choisir ?
- quelle durée de traitement ?

• La prescription d'un antibiotique est le plus souvent probabiliste et fait suite au diagnostic clinique en ayant une *connaissance théorique des germes impliqués* dans la pathologie retenue (Tableau 1), en rappelant :
– que la fièvre ne signe pas l'infection et qu'une élévation de la *C Reactive Protein* (CRP) n'est pas en soi une indication d'antibiotique ;
– qu'il faut savoir ne pas prescrire d'antibiotique dans certaines infections des voies aériennes (rhinopharyngite, bronchite), les escarres, les ulcères chroniques et dans les infections urinaires sur sonde.

• *L'indication de prélèvement(s) bactériologique(s) préalable(s) est variable* selon le lieu d'exercice (ville/hôpital) et la présentation clinique : un **purpura fulminans** justifie une antibiothérapie immédiate et un transfert hospitalier. À l'opposé, dans une **endocardite d'Osler** non compliquée, les hémocultures sont capitales et on peut se donner le temps de leur réalisation. En cas d'**infection urinaire**, un examen cytobactériologique (ECBU) est absolument nécessaire pour la prise en charge d'une infection parenchymateuse (pyélonéphrite, prostatite). Enfin, dans les **angines**, l'intérêt des tests diagnostiques rapides est certain pour ne traiter que les angines bactériennes.

• *Le choix de l'antibiotique dépend de 3 critères :*
– l'identification du foyer infectieux (ORL, bronches, parenchyme pulmonaire, etc.), ce qui impose un diagnostic clinique précis ;
– un pari bactériologique qui nécessite de connaître les principaux germes impliqués dans le foyer infectieux (Tableau 1), ainsi que le spectre de l'antibiotique prescrit ;
– le terrain du patient : grossesse, immunodépression et surtout existence de tares viscérales pouvant se décompenser même avec une infection peu grave et justifiant une prise en charge hospitalière. La connaissance d'allergies (en particulier aux pénicillines) et les éventuelles interactions médicamenteuses (macrolides et statines, sulfaméthoxazole-triméthoprime et méthotrexate) peuvent aussi influencer le choix (Tableau 2).

• L'utilisation d'une monothérapie antibiotique est suffisante dans la grande majorité des infections, en particulier en ambulatoire. Au contraire, l'association d'antibiotiques (β-lactamine + aminoside

en règle générale) est habituelle en cas de prise en charge hospitalière des infections sévères (*S. aureus*, streptocoques ou entérocoques) ou après indentification de bactéries particulières (*P. aeruginosa, Acinetobacter sp).*

• *La posologie est capitale* et un échec peut résulter de doses insuffisantes. Une prescription en mg/kg est parfois nécessaire, pouvant conduire à des posologies supérieures à celles habituellement recommandées. En cas d'insuffisance rénale chronique, la posologie des antibiotiques doit être adaptée (Tableau 3) ; il s'agit souvent de patients fragiles, polypathologiques (diabète, insuffisance cardiaque) dont la prise en charge doit être discutée avec le service hospitalier de référence.

• La voie orale est souvent possible dans les infections peu sévères et en l'absence de troubles de déglutition ou d'absorption.

• Le rythme d'administration doit être adapté pour les antibiotiques temps dépendants (pénicillines), ce qui peut nécessiter 3 voire 4 administrations quotidiennes.

• *La durée du traitement doit être la plus courte possible :* en règle générale 8 jours dans la majorité des infections communautaires. Certaines infections peuvent bénéficier d'un traitement en « dose unique » : cystite simple de la femme jeune non enceinte, urétrite gonococcique, syphilis primaire et secondaire, angine à streptocoque A.

Tableau 1 – **Germes et antibiothérapie probabiliste en fonction du diagnostic clinique suspecté (cf. fiche thérapeutique correspondante).**

Site infectieux	Germes probables	Antibiotiques probabilistes
Poumon (parenchyme)	Pneumocoque, *Haemophilus influenzae*, germes intracellulaires	Pénicilline A, macrolides, pristinamycine
Urine (pyélonéphrite, prostatite)	*E. coli*	Céphalosporine 3ᵉ G IV
Peau (érysipèle)	Streptocoque	Pénicilline A
ORL (sinusite, otite)	Pneumocoque, *Haemophilus influenzae*	Pénicilline A, céphalosporine 2ᵉ G PO

Tableau 2 – Antibiotiques et principales interactions médicamenteuses.

Antibiotiques	Interaction	Type d'interaction
β-lactamines Amoxicilline-acide clavulanique Céphalosporines	Digoxine Furosémide	Absorption intestinale accrue de la digoxine Élimination urinaire accrue des céphalosporines
Macrolides Clarithromycine Azithromycine	Antiarythmiques, neuroleptiques Statines, ciclosporine, etc. Antiarythmiques, neuroleptiques	Augmentation espace QTc Inhibiteur cytochromes : risque de toxicité Augmentation espace QTc
Tétracyclines	Contraception orale	Diminution de l'efficacité
Fluoroquinolones Ofloxacine, ciprofloxacine Moxifloxacine	AINS, théophylline Antiarythmiques, antidépresseurs tricycliques	Abaissement du seuil épileptogène Augmentation espace QTc
Sulfamides Sulfaméthoxazole-Triméthoprime	Méthotrexate (MTX)	Diminution de l'excrétion du MTX et risque de toxicité
Rifampicine	Contraceptifs, anticalciques, ciclosporine, etc.	Inducteur cytochromes : réduction d'activité
Métronidazole	Lithium	Diminution de l'excrétion du lithium : risque de toxicité
Tous les antibiotiques (ATB)	AVK	Augmentation ou diminution de l'INR nécessitant un contrôle de l'INR 48 h à 72 h après l'introduction de l'ATB

PRESCRIPTIONS

Tableau 3 – Adaptation posologique des principaux antibiotiques utilisables en ambulatoire en cas d'insuffisance rénale chronique.

Antibiotiques	Clairance (mL/min)	Posologie
Amoxicilline	10-30 < 10	1 g puis 500 mg × 3/j 1 g puis 750 mg/j
Ceftriaxone	> 5 < 5	Dose normale 1 injection/48 h
Ofloxacine	20-30 < 20	200 mg/12 h 200 mg/24 h
Lévofloxacine	20-50 < 20	500 mg puis 250 mg/12 h 500 mg puis 125 mg/j
Clarithromycine	< 30	500 mg/j
Sulfaméthoxazole-triméthoprime	15-30 < 15	Posologie divisée par 2 Éviter (sinon posologie divisée par 4)

NOTES PERSONNELLES

A

Aphtose buccale récidivante

RAPPELS

Caractérisée par des ulcérations récidivantes de la muqueuse buccale, l'aphtose affecte 10 % de la population, plus volontiers l'adolescent dans un contexte de stress. Bien que d'évolution bénigne, l'aphtose dite vulgaire peut engendrer, par la fréquence des crises et l'intensité des douleurs, une gêne marquée à l'élocution et/ou à l'alimentation, parfois compliquée d'amaigrissement.

Diagnostic

- Clinique devant un ou plusieurs ulcères douloureux, arrondis ou ovoïdes, de taille variable (2 à 15 mm), dont le fond est jaunâtre et le bord inflammatoire rougeâtre. Le caractère récidivant (de quelques poussées par an à des manifestations subintrantes), le début durant l'enfance ou l'adolescence et l'évolution spontanément résolutive en 7 à 15 jours sont très évocateurs. Des cas familiaux sont retrouvés chez un tiers des malades.
- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire mais il faut penser aux diagnostics différentiels : intolérance au gluten, états carentiels, maladie de Crohn, maladie de Behçet (aphtose bipolaire), infections (herpès, HIV, syphilis), pemphigus, hémopathies, médicaments (nicorandil, AINS, bêtabloquants, etc.).

Objectif thérapeutique Soulager le malade, éviter les surinfections et prévenir les récidives dans les formes sévères. La colchicine sera alors utilisée en première intention.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications à la colchicine* : insuffisance rénale ou hépatique sévère, association aux macrolides et à la pristinamycine (risque d'accumulation et de toxicité). Avec le Colchimax® (qui comporte de l'opium), risque de glaucome et de rétention urinaire. La grossesse n'est pas une contre-indication.
- *Recherche d'associations déconseillées* : ciclosporine, inhibiteurs de protéases, inhibiteurs du CYP 3A4, vérapamil, ralentisseurs du transit intestinal (diarrhée masquée).
- *Identification de terrains à risques* : sujets âgés, insuffisance rénale modérée, anomalies de l'hémogramme.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : AVK (potentialisation → contrôle INR), statines (risque musculaire).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Chlorhexidine 0,12 %** (flacon de 300 mL) : 2 à 3 bains de bouche/jour (15 mL soit une cuillère à soupe de solution non diluée), de préférence après le repas et un brossage des dents.
- **Lidocaïne crème 1 %** (tube de 10 g) : appliquer 0,5 g de crème (soit deux petits pois) 4 fois par jour (soit 20 mg de lidocaïne) en massant doucement pour bien répartir la crème, pendant 5 jours *(ne pas utiliser avant l'âge de 6 ans et ne pas dépasser la dose maximale de 200 mg/j)*.
- Si la gêne liée aux récidives le justifie, mise en place d'un traitement de fond : **colchicine 1 mg**, un comprimé tous les jours pendant 2 mois. Ce traitement ne sera pas poursuivi en l'absence d'amélioration après ce délai. À l'inverse, il peut être renouvelé 6 mois à un an.

Règles hygiénodiététiques

- Suppression des traumatismes buccaux : prothèses mal adaptées, matériaux dentaires blessants, brosse à dents dures, etc.
- **Exclusion des aliments déclencheurs qu'il faut rechercher avec soin : chocolat, épices, fruits oléagineux, fromages, fruits non pelés, etc.**

Situations particulières

- *En cas d'aphtose rebelle, résistante à la colchicine*, une corticothérapie générale brève peut être mise en place avec un relais par une corticothérapie topique :
  - **prednisone 5 mg :**
    - 20 mg/j pendant 3 jours,
    - 15 mg/j pendant 3 jours,

Situations particulières (suite)

- 10 mg/j pendant 3 jours,
- 5 mg/j pendant 3 jours, avec adjonction ultérieure de

– **bétaméthasone 0,1 mg :** 1 cp à sucer, 5 à 10 fois/j, sans croquer ni avaler.

- *En cas d'aphtose invalidante*, après avoir renouvelé le bilan initial à la recherche d'une maladie générale, un traitement par **thalidomide** pourra être prescrit par un spécialiste en milieu hospitalier. Une surveillance particulière est obligatoire compte tenu du caractère tératogène et neurotoxique de ce médicament.
- *En cas de surinfection* (aspect nécrotique, douleurs, adénopathie), un traitement antibiotique est nécessaire : **métronidazole 250 mg + spiramycine 1,5 MUI,** 1 cp 3 fois/j pendant 6 jours.

SURVEILLANCE

De l'efficacité du traitement : soulagement de la douleur et cicatrisation des aphtes. Noter sur un calendrier les dates d'éventuelles récidives pour disposer d'un jugement objectif.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

RAPPELS

Occlusion partielle ou totale des artères destinées aux membres inférieurs, d'origine athéromateuse le plus souvent. Il en résulte une diminution de la perfusion des membres en aval des lésions. La mortalité à 5 ans, estimée entre 15 et 30 % selon la sévérité de l'atteinte, est le plus souvent d'origine coronarienne.

Diagnostic **Asymptomatique au début**, elle est caractérisée par une abolition des pouls, parfois la présence d'un souffle et un indice de pression systolique < 0,9. Apparaît par la suite l'**ischémie d'effort :** claudication intermittente à type de crampe, survenant progressivement dans un territoire précis et identique pour un même patient. Survient plus tardivement l'**ischémie critique** caractérisée par des troubles trophiques (ulcères hyperalgiques, gangrène, etc.) et/ou des douleurs distales de repos. L'écho-Doppler de l'ensemble des artères (aorte, rénales, carotides, vertébrales, etc.) est l'examen incontournable en première intention, avec recherche d'un anévrysme de l'aorte. Pour les phases plus sévères, le bilan est complété par un angioscanner ou une angio-IRM ou une artériographie. Un bilan coronarien est également nécessaire.

Objectif thérapeutique Soulager le patient qui souffre, limiter la progression de la maladie et réduire la morbimortalité cardiovasculaire. Il doit associer systématiquement des mesures hygiénodiététiques, un traitement antiagrégant plaquettaire, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) et une statine.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications :*
– aux antiagrégants plaquettaires : hémorragie active, antécédent d'ulcère gastroduodénal nécessitant l'adjonction d'un inhibiteur de la pompe à protons ;
– aux IEC : prudence en cas d'insuffisance rénale chronique, débuter chez des patients normovolémiques avec surveillance de la fonction rénale (recherche d'une sténose des artères rénales en cas de dégradation brutale de la clairance) ;
– aux statines : contre-indication en cas d'hépatopathie sévère, surveillance des transaminases 6 semaines après l'introduction du traitement puis tous les 3 mois pendant 2 ans.

• *Recherche d'associations déconseillées :* AINS (accroissement du risque rénal et digestif), utilisation prudente d'anticoagulants associés.

• *Recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : hypertension artérielle, diabète, insuffisance rénale, démence vasculaire.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Acide acétylsalicylique 100 mg cp gastrorésistants :** 1 cp/j.

• **Artorvastatine :** 10 mg/j initialement puis adaptation (minimum de 4 semaines) pour arriver en 6 mois aux objectifs de prévention secondaire (LDLc < 1 g/L). En cas d'échec du traitement ou d'intolérance, discuter l'introduction d'ézétimibe.

• **Ramipril :** 1,25 mg matin, posologie à augmenter progressivement jusqu'à 10 mg (une augmentation de 30 % de la créatinine est tolérée).

• **Paracétamol 1 g :** une prise toutes les 6 heures en cas de douleurs.

Règles hygiénodiététiques

• Activité physique quotidienne, 30 minutes de marche à pied par exemple, pour le développement de la collatéralité.

• Arrêt impératif du tabac (soutien psychologique, consultation dans un centre de sevrage, **substituts nicotiniques** : patchs de 7 à 21 mg/j, gommes de 10 à 60 mg/j, etc.).

• Régime alimentaire pauvre en acides gras saturés et trans (intérêt d'un suivi diététique) et régime antidiabétique en cas de diabète avéré.

• Orienter vers un programme d'éducation thérapeutique et vers un programme de réadaptation à la marche.

Situations particulières

• **En cas d'échec du traitement médical**, une revascularisation peut être proposée pour l'ischémie d'effort ou plus rapidement pour l'ischémie persistante chronique.

Situations particulières (suite)

• **En cas d'ischémie aiguë**, hospitalisation en urgence pour une revascularisation de sauvetage (percutanée ou chirurgicale) et mise en place possible (en cas de délai chirurgical ou de contre-indication) d'une **perfusion continue d'iloprost** : on débute la perfusion à une dose de 0,5 ng/kg/min pendant 30 minutes. Ensuite, on augmente la dose toutes les 30 minutes, par paliers de 0,5 ng/kg/min jusqu'à un maximum de 2,0 ng/kg/min. Surveillance étroite de la tension artérielle et de la tolérance clinique (céphalées, flush, érythème, agitation, tachycardie, crise d'angor, nausées, *etc.*) qui nécessitent souvent une réduction des doses.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité et de la tolérance du traitement : saignements, douleurs gastriques (AAS), hypotension artérielle et toux (IEC), myalgies, cytolyse hépatique (statines), insuffisance rénale (recherche d'une sténose des artères rénales).

• De l'observance thérapeutique et du contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires : HTA, LDL cible (< 1 g/L), HbA1C < 7 %, activité physique.

• De l'évolution de l'artériopathie et de la maladie athéromateuse avec dépistage d'une cardiopathie ischémique, d'un cancer broncho-pulmonaire, ORL ou de vessie (tabac).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

A

Arthrose : gonarthrose, coxarthrose

RAPPELS

Atteintes articulaires chroniques du genou ou de la hanche, d'origine dégénérative, caractérisées par une dégradation du cartilage et une ostéoformation réactionnelle.

Diagnostic Douleur mécanique du genou ou de la hanche, s'accompagnant d'une impotence fonctionnelle progressive avec réduction du périmètre de marche et limitation des mobilités articulaires. Le diagnostic repose sur l'examen clinique montrant des limitations articulaires et surtout l'analyse du bilan radiographique montrant des signes caractéristiques (diminution de hauteur de l'interligne articulaire, condensation osseuse sous-chondrale, ostéophytose). Il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique.

Objectif thérapeutique Réduire la symptomatologie douloureuse, améliorer la capacité fonctionnelle et les amplitudes articulaires et éventuellement ralentir la progression de la dégradation cartilagineuse.

Les dernières recommandations européennes de prise en charge de la gonarthrose et de la coxarthrose mettent surtout l'accent sur les thérapeutiques non médicamenteuses.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications aux AINS,* notamment ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.
- *Recherche d'un terrain à risque* : antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque.
- *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées avec les AINS* : anticoagulants, lithium, méthotrexate à forte dose, ticlopidine, aspirine à forte dose.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de poussée aiguë

- **Paracétamol 325 mg + Tramadol 37,5 mg :** 2 comprimés toutes les 8 heures, soit 6 cp/24 h, pendant 5 jours.
- **Naproxène 550 mg :** 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 5 jours.

Ordonnance pour le traitement de relai

- **Paracétamol :** 1 g matin, midi et soir (ne pas dépasser 4 g/j) en cas de douleurs.
- **Diclofénac gel :** 1 application matin et soir sur l'articulation douloureuse durant un mois.
- **Glucosamine :** 1 cp ou 1 sachet à 1 178 mg/j, traitement à prolonger plusieurs mois.

Règles hygiénodiététiques

- Il est essentiel de faire adhérer le patient à un **programme d'éducation thérapeutique :** modification du mode de vie avec exercices physiques réguliers, adaptation des activités physiques, perte de poids si nécessaire, ménagement des articulations arthrosiques.
- **Port d'une canne du côté controlatéral** à l'articulation arthrosique, lors des poussées douloureuses, afin de ménager l'articulation concernée.
- Conseils concernant le port de **chaussures appropriées** et le port éventuel d'une **orthèse de genou**.

Situations particulières

- En cas d'échec des traitements classiques, il est possible :

– d'effectuer une infiltration intra-articulaire de corticoïde lors des poussées fluxionnaires (en particulier après l'évacuation d'un épanchement) : **triamcinolone**, 0,5 à 2 mL, infiltration susceptible d'être renouvelée (une seule fois) après 21 à 30 jours en cas de persistance ou de récidive des symptômes ;

– de proposer une injection intra-articulaire d'acide hyaluronique, ayant un effet symptomatique bénéfique retardé : **hyaluronate de Na**, une injection de 2 mL, à renouveler 1 fois/semaine, 3 semaines au maximum ;

– de proposer une intervention chirurgicale (correction axiale ou prothèse).

- *En cas d'échec* de toutes les thérapeutiques proposées et de l'impossibilité d'intervenir chirurgicalement, un traitement opioïde faible voire fort peut être proposé en respectant les règles d'utilisation de ces médicaments.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : évaluation de la douleur à la marche et au repos. Surveillance radiographique à un an ou deux ans permettant également de juger de l'évolutivité.
- Recherche des effets indésirables des antalgiques utilisés, notamment des AINS : troubles digestifs, hypertension, insuffisance rénale, hépatite, anémie.

Ascaridiose

RAPPELS

Infestation à *Ascaris lumbricoides*, parasite cosmopolite fréquent dans les pays tropicaux, plus rare dans les pays tempérés. C'est un ver rond (nématode) de 12 à 25 cm, vivant dans le duodénum où il se nourrit. Contamination par ingestion de nourriture souillée par un œuf embryonné (péril fécal). Les parasites gagnent le foie puis le poumon et sont déglutis par le pharynx dans le tube digestif où ils gagnent leur taille adulte.

Diagnostic

- Suspecté cliniquement devant des troubles digestifs tels que diarrhées, douleurs abdominales et parfois une complication : angiocholite, pancréatite, appendicite, occlusion, perforation. En phase initiale de migration larvaire, possibilité de toux + fièvre + opacités radiologiques fugaces (syndrome de Löffler). Parfois, l'expulsion d'un ver par l'anus conduit au diagnostic. Inversement, l'infestation peut rester asymptomatique.
- La confirmation diagnostique s'effectue par un examen parasitologique des selles : présence d'œufs mais seulement 2 mois après le début de l'infestation, donc connaître l'hyperéosinophilie apparaissant quelques jours après la contamination.

Objectif thérapeutique Éradication du parasite, contrôlée par un examen parasitologique des selles.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications* : albendazole et alubendazole, grossesse ou allaitement (*cf.* « Situations particulières » ci-après).

• *Recherche de terrains à risque qu'il faudra traiter ou contrôler* :
– albendazole : insuffisance rénale, insuffisance hépatique ;
– flubendazole : le produit contient du saccharose.

• *Recherche d'associations déconseillées* : néant mais la cimétidine, la déxaméthasone et le praziquantel peuvent augmenter les taux plasmatiques d'albendazole.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Albendazole 400 mg :** une prise unique de 1 cp pendant un repas.

[Chez l'enfant > 2 ans : 1 flacon de 10 mL de suspension buvable à 4 % (400 mg).]

ou

• **Flubendazole 100 mg :** 1 cp matin et soir pendant 3 jours.

[Chez l'enfant : une cuillère-mesure de suspension buvable à 2 % (100 mg/mesure) matin et soir pendant 3 jours.]

Règles hygiénodiététiques

• Pas de régime alimentaire particulier pendant le traitement.

• Assurer un lavage soigneux et régulier des mains.

• Prévenir le patient qu'il va éliminer des vers.

• Nettoyer la cuvette des toilettes à l'eau de Javel.

• À titre préventif, assurer la propreté des aliments, en particulier lavage des fruits et crudités avant consommation.

Situations particulières

Chez la femme enceinte, l'albendazole est contre-indiqué au 1er trimestre. Préférer dans cette situation : **Pyrantel 125 mg,** 10 mg/kg (habituellement 6 comprimés en une seule prise pour les adultes de moins de 75 kg).

SURVEILLANCE

- De la tolérance du traitement : troubles digestifs transitoires, rashs cutanés, migration de l'ascaris à travers la bouche et le nez.
- De la négativation de l'examen parasitologique des selles à 3 mois.
- Du respect des règles d'hygiène dans la préparation des aliments, en particulier en pays tropical.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Ascite cirrhotique

RAPPELS

Épanchement intra-abdominal sérofibrineux lié à une rétention hydrosodée induite par l'hypertension portale. L'ascite témoigne d'une atteinte hépatique sévère (44 % de décès dans les 5 ans suivant la première décompensation ascitique). L'épanchement reste en général circonscrit à l'abdomen mais concerne parfois l'hémithorax droit. Des œdèmes des membres inférieurs sont très souvent associés à l'ascite.

Diagnostic Clinique. L'ascite apparaît dans un tableau de météorisme abdominal : « le vent précède la pluie ». Elle est suspectée sur une augmentation du périmètre abdominal avec matité abdominale déclive. Des douleurs abdominales sont souvent présentes. Très marquées, elles évoquent une infection du liquide d'ascite, en particulier lorsqu'elles sont associées à une fièvre, un asterixis, un ictère, une diarrhée ou une insuffisance rénale.

L'ascite est affirmée par l'échographie et la ponction à l'aiguille fine. Un gradient [albumine sang-albumine ascite] > 11 g/litre permet d'affirmer l'hypertension portale même si une autre cause d'ascite peut lui être associée (5 % des cas d'ascite chez le cirrhotique).

Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec les ascites d'origine cardiaque (ProBNP), une carcinose péritonéale (richesse en protides, cellules tumorales en cytochimie), une tuberculose péritonéale (recherche de mycobactérie par PCR, cœlioscopie) et une hypoalbuminémie sévère liée à une insuffisance pancréatique exocrine

(ATCD de pancréatite chronique, calcifications pancréatiques) ou un syndrome néphrotique.

Objectif thérapeutique Augmenter la diurèse sodée > 78 mmol/24 h pour permettre une perte hydrique entraînant la disparition de l'ascite. Prévention de la récidive de l'ascite.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Vérifier la fonction rénale et le ionogramme sanguin.
- Contre-indiquer les anti-inflammatoires non stéroïdiens et éviter les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou les inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine responsables d'insuffisance rénale en cas d'ascite cirrhotique.
- S'assurer de l'absence d'infection du liquide d'ascite : ponction exploratrice d'ascite avec examen cytochimique et bactériologique sur flacons à hémocultures. L'ascite est considérée comme infectée en cas de concentration en polynucléaires neutrophiles > 250/mm^3. La révélation d'un germe en culture avec une concentration leucocytaire basse témoigne d'une bactérascite évoluant le plus souvent spontanément vers la guérison (contrôle de l'ascite 72 heures plus tard).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance pour un traitement diurétique

Traitement associant initialement en une prise le matin :
- **spironolactone 75 mg :** 1 cp ;

et
- **furosémide 40 mg :** 1 cp.

Règles hygiénodiététiques

- Arrêt de la consommation de boissons alcoolisées si elle persiste.
- Régime hyposodé à 2 g de sel/j (avis diététique nécessaire).
- Le repos au lit, théoriquement bénéfique, est parfois difficile à mettre en œuvre et n'est plus imposé.

Situations particulières

- **En cas d'ascite infectée**, une hospitalisation est nécessaire pour :
  - **perfusions d'albumine à 20 % :** 1,5 g/kg de poids corporel à J1 et 1 g/kg à J3 ;
  - antibiothérapie probabiliste pendant 5 jours :
    - **ofloxacine 200 mg**, 2 cp matin et soir, posologie réduite de 50 % si ClCr < 50 mL/min ou sujet > 70 ans,

      ou
    - **amoxicilline-acide clavulanique 1 g :** 1 sachet toutes les 8 heures *per os*,

      ou
    - **céfotaxime 1 g :** 1 g toutes les 6 heures en injections IV lente.

Durée du traitement 5 jours.

Situations particulières (suite)

- Arrêt des diurétiques **pour éviter toute cause d'hypovolémie**.
- **Prévention de l'infection d'ascite :** après une première infection d'ascite ou en cas d'ascite pauvre en protides (< 10 g/L), en particulier en cas d'élévation de la bilirubinémie, un traitement prophylactique de l'infection d'ascite doit être prescrit au long cours : **norfloxacine 200 mg**, 1 cp matin et soir.
- **En cas d'ascite réfractaire**, définie par une non-réponse aux diurétiques à forte posologie et/ou l'apparition d'une insuffisance rénale et/ou d'une hyponatrémie inférieure à 125 mmol/mL sous traitement :
– arrêt des diurétiques ;
– ponctions évacuatrices d'ascite à la demande pour soulager l'inconfort ou les douleurs abdominales. Au-delà de 5 litres, une perfusion d'albumine (20 g/2 litres évacués) est nécessaire ;
– discussion de la pose d'un shunt intrahépatique portosystémique (*Transjugular intrahepatic portosystemic shunt* ou TIPS) par une équipe spécialisée.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : poids, diurèse, natriurèse des 24 heures ou plus simplement rapport Na^+/K^+ urinaire sur échantillon urinaire.
- De la tolérance du traitement : recherche de signes d'encéphalopathie (asterixis), d'une gynécomastie (induite par la spironolactone au long cours). **Ionogramme sanguin et créatininémie** toutes les deux semaines initialement puis mensuellement à la recherche d'une hyponatrémie < 125 mmol/L, d'une hyperkaliémie ou d'une insuffisance rénale contre-indiquant la poursuite du traitement ou des adaptations posologiques.

Asthme aigu ou exacerbation d'asthme

RAPPELS

Diagnostic L'exacerbation correspond à la persistance de symptômes (toux, sifflements, oppression thoracique), associés à une chute du débit de pointe, sans retour à l'état de base pendant au moins 2 jours. Elle nécessite une modification thérapeutique. Sa gravité est variable. Une exacerbation non traitée peut conduire à un épisode d'asthme aigu grave, mais celui-ci peut également s'installer brutalement. Il s'agit d'une détresse respiratoire qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

Objectif thérapeutique Prendre en charge rapidement l'exacerbation pour éviter la survenue d'un asthme aigu grave et prévenir les dégradations de la fonction respiratoire.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de terrains à risque :*
– liés à la maladie :
  - ATCD d'asthme aigu grave, de séjour en réanimation, d'intubation,
  - hospitalisations ou consultations itératives,
  - utilisation récente d'une grande quantité de bêta-agonistes (1 à 2 par mois),
  - asthme « labile », réversibilité sous bêta-2-mimétique > 50 %,

  - patient sous trithérapie antiasthmatique,
  - arrêt récent ou utilisation au long cours de corticoïdes *per os* ;
- liés au patient :
  - conditions socioéconomiques défavorisées,
  - comorbidités (en particulier psychiatriques),
  - tabagisme,
  - patient mauvais percepteur de l'obstruction bronchique,
  - mauvaise observance thérapeutique,
  - déni de la maladie,
  - utilisation abusive bêta-2-mimétique.

• *Évaluation de la sévérité :*

– asthme aigu modéré : majoration des symptômes, peut former des phrases, DEP > 50-75 % de la théorique ou de la meilleure valeur, pas de critère d'asthme aigu sévère ;

– asthme aigu sévère : présence d'un des symptômes suivants → DEP 30-50 % de la valeur théorique ou de la meilleure valeur, fréquence respiratoire ≥ 25/min, fréquence cardiaque ≥ 110/min, difficulté à la parole (ne prononce que des mots), assis, penché en avant, utilisation des muscles respiratoires ;

– asthme aigu grave, menaçant le pronostic vital, présence d'un des symptômes suivants → troubles de conscience, épuisement respiratoire, fréquence respiratoire > 30/min, dyspnée entre chaque mot, arythmie, fréquence cardiaque > 120/min, hypotension, cyanose, silence auscultatoire ou sibilances diminuées, DEP ≤ 30 %, SpO_2 < 92 %, PaO_2 ≤ 8kPa, $PaCO_2$ « normale » (4,6-6 kPa).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas d'exacerbation d'asthme aigu léger

Bêta-2-mimétique de courte durée d'action : 4 à 10 bouffées (chambre d'inhalation) à répéter toutes les 20 minutes pendant 1 heure.

Ordonnance en cas d'exacerbation d'asthme aigu modéré

• **Bêta-2-mimétique de courte durée d'action :** 4 à 10 bouffées (chambre d'inhalation) à répéter toutes les 20 minutes pendant 1 heure.

• Ou si possible nébulisation : **terbutaline ou salbutamol 5 mg** + **ipratropium 0,5 mg** toutes les 20 minutes la première heure.

• **Prednisolone ou prednisone :** adulte 1 mg/kg (dose maximale 50 mg), enfant 1 à 2 mg/kg (dose maximale 40 mg).

Ordonnance en cas d'exacerbation d'asthme aigu sévère ou asthme aigu grave

• **URGENCE : appel SAMU** pour une prise en charge hospitalière.

• **Oxygénothérapie :** saturation cible 93-95 % (enfants 94-98 %) avec surveillance saturation.

• **Nébulisation** sous oxygène :

– *chez l'adulte* : **terbutaline 5 mg** + **ipratropium 0,5 mg,** à diluer dans du sérum physiologique stérile pour obtenir un volume de 5 mL, puis administrer à l'aide d'un nébulisateur ultrasonique en 10 à 15 minutes. À répéter toutes les 20 minutes durant la première heure ;

Ordonnance en cas d'exacerbation d'asthme aigu sévère ou asthme aigu grave

– *chez l'enfant* : **terbutaline 0,010 mg/kg + ipratropium 0,25 mg,** à diluer dans du sérum physiologique stérile pour obtenir un volume de 4 mL, puis administrer à l'aide d'un nébulisateur ultrasonique en 10 à 15 minutes. À répéter toutes les 20 minutes durant la première heure.

• En cas d'inefficacité, préférer une **voie injectable :**

– *à domicile* : **terbutaline,** une injection sous cutanée de 0,5 mg ;

– *en milieu hospitalier* : **salbutamol,** 0,25-0,5 mg/h au pousse seringue électrique.

• **Prednisolone ou prednisone :** adulte 1 mg/kg (dose maximale 50 mg), enfant 1 à 2 mg/kg (dose maximale 40 mg).

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement* : évaluation à 1 heure (DEP, symptômes), surveillance totale au minimum de 2 heures, retour à domicile si examen normal (DEP > 70 %), réévaluation précoce à 48 h.

• Recherche *de facteurs déclenchants.*

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

A

Asthme chronique

RAPPELS

Maladie inflammatoire chronique des voies aériennes comportant une hyperréactivité/hypersécrétion bronchique aboutissant à une obstruction lorsque celles-ci sont exposées à un facteur de risque (allergène, fumée tabac, activité physique, infection respiratoire, médicament, irritant chimique, exposition professionnelle).

Diagnostic Devant des épisodes récurrents associant sifflements respiratoires, oppression thoracique, toux, difficulté respiratoire à prédominance nocturne ou matinale, parfois rythmés par les saisons ou l'exposition à un facteur de risque, chez un patient ayant des ATCD personnels ou familiaux d'atopie ou d'asthme. L'amélioration des symptômes après un traitement d'épreuve est un argument supplémentaire. La spirométrie mesure la réduction du flux expiratoire ainsi que la réversibilité (augmentation de 12 % et de 200 mL du VEMS après bronchodilatateur). La variabilité du débit de pointe *(peak-flow)* est également en faveur du diagnostic.

Objectifs thérapeutiques Limiter les manifestations cliniques et le recours au traitement de secours ; prévenir les manifestations de type exacerbation et le déclin de la fonction respiratoire ; maintenir une activité physique et une vie active.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Établir une relation de confiance médecin-patient : éducation thérapeutique* sur les facteurs de risques, les objectifs du traitement de fond et de secours, la technique de prise du traitement, la surveillance des symptômes et du débit expiratoire de pointe (DEP).

• *Rechercher des facteurs de risque* : identifier et réduire dans la mesure du possible l'exposition environnementale.

• *Définir la sévérité de l'asthme* : histoire de la maladie sur les 6 à 12 mois précédents (intermittent, persistant léger/modéré/sévère).

• *Établir le niveau de contrôle de l'asthme* sur une période récente (1 semaine à 3 mois) à chaque consultation (Tableau 1).

Tableau 1 – Critères de contrôle de l'asthme.

Caractéristiques	Contrôlé (tous les critères)	Partiellement contrôlé (au moins 1 critère)	Non contrôlé
Symptômes diurnes	Aucun (2 fois ou moins/semaine)	Plus de 2 fois/semaine	3 critères ou plus de l'asthme partiellement contrôlé
Limitation des activités	Non	Oui	
Symptômes nocturnes ou au réveil	Non	Oui	
Utilisation traitement en cours	Non (2 fois ou moins/par semaine)	Plus de 2 fois/semaine	
Fonction respiratoire (DEP ou VEMS)	Normale	< 80 % de la meilleure valeur ou de la fonction attendue	

• *En cas d'absence de contrôle*, le traitement doit être majoré (notion de paliers thérapeutiques).

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de fond

Cinq paliers thérapeutiques (Tableau 2).

Pour un asthme persistant léger, deux options :

– corticothérapie inhalée : **budésonide 100 µg**, une inhalation matin et soir. Se rincer la bouche après les prises ;

ou

– antileucotriène : **montélukast 10 mg**, 1 cp/j.

• En cas de symptômes : **salbutamol spray 100 µg**, 1 à 2 bouffées.

• Prise en charge de l'allergie : antihistaminique (**cétirizine** 10 mg/j en une prise vespérale de 1 cp pendant quelques jours à un mois selon l'évolution), traitements locaux, immunothérapie spécifique si indication.

• En cas de contrôle insuffisant, possibilité de traitements combinés inhalés (corticothérapie + β2-mimétique d'action prolongée) : **budésonide 100 µg/formotérol 6 µg**, une inhalation matin et soir (Tableau 3).

Règles hygiénodiététiques

• Éviction des irritants et des allergènes. Arrêt du tabagisme éventuel.

• Traitement et prise en charge des comorbidités et pathologies associées : pathologies rhinosinusiennes, reflux gastro-œsophagien, obésité.

• Contre-indications médicamenteuses : β-bloquants ; si intolérance : aspirine, AINS.

• Activité physique régulière.

• Vaccination antigrippale annuelle recommandée si asthme modéré à sévère.

Règles hygiénodiététiques (suite)

• Précautions habituelles en cas de corticothérapie orale : régime hyposodé, pauvre en sucres rapides et riche en calcium.

Situations particulières

L'**asthme d'effort** ne contre-indique pas la poursuite d'une activité physique mais nécessite la prise d'un β2-mimétique de courte durée d'action avant l'exercice : **salbutamol spray 100 µg**, 1 bouffée, à renouveler si nécessaire.

SURVEILLANCE

• Mesure régulière du DEP à domicile, surtout en cas de symptômes.

• Consultation tous les 3 mois si corticothérapie inhalée à forte dose, tous les 6 mois si dose moyenne ou faible et tous les ans si pas de corticothérapie inhalée.

• De l'observance et de l'efficacité du traitement par évaluation du contrôle de l'asthme : symptômes quotidiens, limitation de l'activité, symptômes nocturnes, utilisation du traitement de secours, fonction respiratoire (spirométrie) :
– *si aucun de ces éléments n'est présent*, l'asthme est contrôlé et le traitement minimal efficace doit être recherché ;
– *si le patient présente 3 ou plus de ces symptômes*, l'asthme est non contrôlé et le traitement de fond doit être renforcé par l'ajout d'un β2-mimétique de longue durée d'action ou l'augmentation de la dose de corticoïdes inhalés ;
– *en cas de traitement inhalé maximal*, l'asthme est considéré comme difficile à traiter et peut nécessiter l'introduction d'une corticothérapie orale au long cours ou d'un traitement anti-IgE (omalizumab ; prescription spécialisée) ;
– *si le contrôle de l'asthme est bon* depuis au moins trois mois, une décroissance progressive du traitement de fond sous couvert d'une

surveillance rapprochée peut être envisagée afin de trouver le traitement minimal efficace.

Tableau 2 – **Cinq paliers thérapeutiques [β2 CA = β2 mimétiques d'action courte ; β2 LA = β2 d'action longue ; CSI = corticothérapie inhalée].**

Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4	Étape 5
Éducation, contrôle de l'environnement				
β2 CA	β2 CA			
Options pour traitement de fond	Prendre 1 traitement	Prendre 1 traitement	Au traitement de l'étape 3, en prendre 1 ou plus	Au traitement de l'étape 4, ajouter l'un ou l'autre
	CSI à faible dose	CSI à faible dose et β2 LA	CSI à dose moyenne ou forte et β2 LA	Cortico-thérapie orale
	Anti-leucotriène	CSI à dose moyenne ou forte CSI à faible dose et anti-leucotriène	Anti-leucotriène Théophylline LP	Anti-IgE
		CSI à faible dose et théophylline LP		

Tableau 3 – Corticothérapie inhalée.

Molécules	Dose faible (µg)	Dose moyenne (µg)	Dose forte (µg)
Béclométhasone dipropionate-CFC	200-500	> 500-1 000	> 1 000-2 000
Béclométhasone dipropionate-HFA	100-200	> 200-400	> 400
Budésonide	200-400	> 400-800	> 800-1 600
Ciclésonide	80-160	> 160-320	> 320-1 280
Fluticasone propionate	100-250	> 250-500	> 500-1 000
Motémasone furoate	220	> 220-440	> 440
Triamcinolone acétonide	400-1 000	> 1 000-2 000	> 2 000

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

B

Bactériurie asymptomatique

RAPPELS

Mise en évidence par un examen cytobactériologique urinaire (ECBU) d'un germe potentiellement pathogène (habituellement un bacille Gram négatif) chez un patient totalement asymptomatique (ni fièvre, ni signes urinaires). Cette situation est plus fréquente dans le sexe féminin et chez les sujets âgés ainsi qu'en présence d'anomalies génito-urinaires. La prévalence est estimée de 1 à 5 % chez les femmes en bonne santé non ménopausées, à près de 10 % chez les femmes enceintes et à plus de 20 % chez les femmes diabétiques. Chez les sujets âgés des deux sexes hébergés en long séjour, les bactériuries asymptomatiques peuvent atteindre 50 %. Chez un patient sondé, le taux augmente proportionnellement au nombre de jours de sondage, et une bactériurie est détectée quasiment chez 100 % des patients sondés après 30 jours.

Diagnostic **Le dépistage d'une bactériurie doit donc être limité** à un certain nombre de situations, en particulier les femmes enceintes entre 9 et 16 semaines ainsi qu'avant une intervention génito-urinaire dans les deux sexes. Mais dans les autres situations, qu'il s'agisse d'examens systématiques, de patients diabétiques, de personnes âgées, de sujets sondés ou de traumatisés médullaires, cet examen n'est d'aucune utilité. Il faut noter que l'existence d'une pyurie n'est pas une aide pour distinguer une bactériurie symptomatique d'une bactériurie asymptomatique (en particulier en cas de vaginose bactérienne).

Objectif thérapeutique Prévenir un urosepsis compliquant une bactériurie asymptomatique, mais en limitant la génération de résistances aux antibiotiques.

➡ *En fait, l'intérêt d'un traitement antibiotique préventif n'a été établi que chez les femmes enceintes qui ont un risque de pyélonéphrite multiplié par 20 à 30 en cas de bactériurie asymptomatique (en particulier entre la 9e et la 16e semaine de gestation) et en prophylaxie lors d'examens ou d'interventions urologiques invasives, en particulier lors d'une résection transurétrale de prostate (risque important de bactériémie et de sepsis grave en l'absence d'antibiothérapie préalable).*

➡ *Au contraire, les bactériuries ne doivent pas être traitées si les patients sont asymptomatiques ou si leurs symptômes relèvent d'une autre étiologie. En effet, outre la survenue possible de manifestations iatrogènes, le risque est celui du développement de résistances antibiotiques.*

➡ *En particulier dans les populations âgées en résidence, l'existence de symptômes non spécifiques comme des troubles cognitifs, de la fièvre ou une hyperleucocytose ne doivent pas être automatiquement attribués à une bactériurie compte tenu de sa haute prévalence dans cette population et d'autres causes doivent être systématiquement suspectées (troubles de déglutition, escarre).*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Limiter le traitement aux patients relevant de deux catégories* : d'une part les femmes enceintes ; d'autre part les sujets devant bénéficier d'une intervention urogénitale invasive.
- *Recherche de contre-indications à certains antibiotiques* :
  - *amoxicilline* : allergie connue aux pénicillines ;
  - *furadantine* : insuffisance rénale sévère, déficit en G6PD, grossesse au 9e mois ;
  - *fosfomycine* : insuffisance rénale sévère ;
  - *les quinolones* sont contre-indiquées pendant la grossesse.
- *Recherche d'associations déconseillées* : *amoxicilline* (allopurinol, méthotrexate).

PRESCRIPTIONS

L'antibiogramme permet un choix rationnel.

Ordonnance

- *Chez la femme enceinte* :

– **amoxicilline PO :** 1 g 3 fois/j pendant 5 jours ;

ou

– **fosfomycine-trométamol :** 1 sachet de 3 g à jeun en une prise unique.

- *Chez l'homme avant le geste à risque* : privilégier la molécule la moins à risque d'induire des résistances et éviter si possible les quinolones. L'objectif est de faire baisser l'inoculum bactérien par une durée du traitement très courte pour encadrer le geste (début la veille, arrêt le lendemain). **Nitrofurantoïne :** 100 mg 3 fois/j pendant 3 jours (si germe sensible).

Mesures hygiénodiététiques

Assurer une hydratation suffisamment abondante (diurèse quotidienne recommandée de 1 500 mL).

SURVEILLANCE

- *Chez la femme enceinte*, un dépistage mensuel d'une nouvelle bactériurie asymptomatique est recommandé jusqu'à l'accouchement.
- *Après un geste chirurgical*, un contrôle des urines est inutile en l'absence de symptômes après la procédure.

NOTES PERSONNELLES

B

Bronchopneumopathie chronique obstructive

RAPPELS

Inflammation chronique des voies aériennes et des poumons en réponse à des particules ou gaz toxiques à l'origine d'une limitation persistante des débits dans les voies aériennes. Évolution par poussées d'exacerbations d'origine infectieuse ou toxique.

Diagnostic Clinique retardé car certains patients sont asymptomatiques ou paucisymptomatiques. Ils présentent une symptomatologie de bronchite chronique mais la dyspnée est un symptôme tardif. D'où l'intérêt d'un dépistage systématique chez les patients tabagiques de plus de 45 ans. Le diagnostic est confirmé par la réalisation d'une spirométrie qui identifie un trouble ventilatoire obstructif défini par un rapport VEMS/CVF < 70 % après bronchodilatateurs.

Objectifs thérapeutiques Réduire les symptômes, la fréquence et la sévérité des exacerbations ; améliorer la qualité de vie et la tolérance à l'exercice ; réduire la vitesse du déclin de la fonction respiratoire ; réduire la mortalité.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Déterminer la sévérité de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)* par une spirométrie (classification GOLD) (Tableau 1).

Tableau 1 – Classification GOLD.

VEMS post-bronchodilatateurs		
GOLD 1	Légère	VEMS ≥ 80 % valeur prédite
GOLD 2	Modérée	50 % ≤ VEMS < 80 % valeur prédite
GOLD 3	Sévère	30 % ≤ VEMS < 50 % valeur prédite
GOLD 4	Très sévère	VEMS < 30 % valeur prédite ou < 50 % avec insuffisance respiratoire ou cardiaque droite

- *Évaluer la dyspnée* avec l'échelle mMRC :

– grade 1 : patient avec dyspnée lors d'un exercice intense ;
– grade 2 : dyspnée lors d'une marche rapide sur terrain plat ou en montant une pente légère ;
– grade 3 : marche plus lentement que les personnes de son âge sur terrain plat, ou doit s'arrêter pour respirer lorsqu'il marche à son propre rythme sur terrain plat ;
– grade 4 : doit s'arrêter pour respirer après une marche d'environ 90 mètres ;
– grade 5 : trop essoufflé(e) pour quitter la maison, ou dyspnée lors de l'habillement.

- *Noter le nombre d'exacerbations annuelles.*
- *Évaluation combinée de la BPCO* (Figure 1).

Figure 1 – Évaluation combinée de la BPCO : échelle mMRC.

GOLD		mMRC 0-1	mMRC ≥ 2	Exacerbations
	4 / 3	C	D	≥ 2
	2 / 1	A	B	1 / 0

Symptômes
Échelle mMRC

PRESCRIPTIONS

Tableau 2 – Indications thérapeutiques selon l'évaluation combinée de la BPCO.

	Traitement premier choix	Alternative
A	Anticholinergique courte durée d'action (CA) *ou* β2-mimétique CA	β2-mimétique de longue durée d'action (LA) *ou* Anticholinergique LA *ou* β2-mimétique et anticholinergique CA
B	β2-mimétique LA *ou* Anticholinergique LA	β2- mimétique LA et anticholinergique LA
C	Corticothérapie inhalée et β2-mimétique LA *ou* Corticothérapie inhalée et anticholinergique LA	β2-mimétique LA et anticholinergique LA *ou* Anticholinergique LA et inhibiteur phosphodiesterase-4 (PDE-4) *ou* β2-mimétique LA et PDE-4
D	Corticothérapie inhalée et β2-mimétique LA *ou/et* Anticholinergique LA	Corticothérapie inhalée et β2-mimétique LA et anticholinergique LA *ou* Corticothérapie inhalée et β2-mimétique LA et PDE-4 *ou* β2-mimétique LA et anticholinergique LA *ou* Anticholinergique LA et PDE-4

Ordonnance de bronchodilatateurs de courte durée d'action

- *β2 mimétique courte durée d'action :*
– **terbutaline 500 µg :** 1 à 2 bouffées 3 fois/j si symptômes ;
– **salbutamol 100 µg :** 1 à 2 bouffées 3 fois/j si symptômes.

- *Anticholinergique courte durée d'action :* **ipratropium 20 µg,** 1 à 2 bouffées 3 fois/j si symptômes.

- *Anticholinergique et β2 mimétique courte durée d'action :* **ipratropium 20 µg + fénotérol 50 µg,** 2 bouffées par prise, maximum 3 fois/j si symptômes.

Ordonnance de bronchodilatateurs de longue durée d'action

- *β2 mimétique longue durée d'action :*
– **salmétérol 50 µg :** 1 inhalation matin et soir ;
– **indacatérol 150 µg :** 1 gél. à inhaler par jour ;
– **fomotérol 12 µg :** 1 gél. à inhaler par jour ;
– **olodatérol 2,5 µg :** 2 inhalations le matin.

- *Anticholinergique longue durée d'action :*
– **tiotropium 18 µg :** 1 gél. à inhaler par jour, ou **tiotropium 2,5 µg respimat :** 2 inhalations le matin ;
– **glycopyrronium 44 µg :** 1 gél. à inhaler le matin ;
– **uméclidinium 55 µg :** 1 inhalation le matin.

- *Anticholinergique et β2 mimétique longue durée d'action :*
– **indacatérol 85 µg/glycopyrronium 43 µg :** 1 gél. à inhaler le matin ;
– **vilantérol 22 µg/uméclidinium 55 µg :** 1 inhalation le matin ;
– **olodatérol 2,5 µg/tiotropium 2,5 µg respimat :** 2 inhalations le matin.

Ordonnance de bronchodilatateurs de longue durée d'action (suite)

Ordonnance de bronchodilatateurs de longue durée d'action et corticoïdes inhalés (indiqué chez les patients ayant un VEMS post-bronchodilatateur < 50% normale, exacerbations > 1 par an, dyspnée persistante malgré bronchodilatateurs LA)

- **Salmétérol + fluticasone :** 1 inhalation matin et soir.
- **Formotérol + budésonide :** 1 inhalation matin et soir.
- **Formotérol + béclométhasone spray ou nexthaler :** 1 inhalation matin et soir.

Règles hygiénodiététiques

- Le sevrage tabagique est essentiel.
- Activité physique régulière avec réhabilitation respiratoire.
- Vaccination antigrippale annuelle. Vaccination antipneumococcique systématique chez les plus de 65 ans et si le VEMS < 40 % chez les moins de 65 ans.
- Prise en charge nutritionnelle.

Situations particulières

Le déficit en alpha1-antitrypsine (anomalie génétique rare à l'origine de BPCO) peut bénéficier d'un traitement spécifique par alpha1-antitrypsine.

SURVEILLANCE

Paramètres

- Poursuite (ou non) du tabagisme.
- Évaluation des symptômes.
- Conditions de suivi du traitement : observance, technique d'utilisation des aérosols-doseurs ; tolérance du traitement.
- Exacerbations : fréquence, causes, sévérité, nécessité d'une hospitalisation.
- Présence, évolution et traitement des comorbidités.
- Mesure de la fonction respiratoire et des gaz du sang.

Rythme

- Une fois par an à une fois par trimestre en fonction de la sévérité de la BPCO et de la fréquence des exacerbations.
- Une **spirométrie** par an dès le stade 2.
- **Gaz du sang** chaque semestre si insuffisance respiratoire.
- **Oxymétrie de pouls** à chaque consultation.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Bronchite aiguë

RAPPELS

Réaction inflammatoire de la muqueuse bronchique vis-à-vis d'un agresseur inhalé d'origine infectieuse, le plus souvent viral. L'apparition d'expectorations purulentes ne signe pas une surinfection bactérienne. Chez le sujet sans facteur de risque, l'évolution est spontanément favorable en 5 à 15 jours.

Diagnostic Uniquement clinique devant une toux parfois sifflante, sèche à la phase initiale, puis productive, éventuellement associée à des douleurs rétrosternales à type de brûlures ou à un fébricule. Elle peut être précédée d'une infection des voies aériennes hautes (rhinopharyngite, otite, sinusite, etc.). L'auscultation pulmonaire est le plus souvent normale mais des sibilants sont possibles. Aucun examen paraclinique n'est nécessaire pour le diagnostic.

Objectif thérapeutique Réduction des symptômes.

➡ *Une antibiothérapie n'est pas recommandée en cas de bronchite aiguë de l'adulte sain : elle n'accélère pas la guérison et ne prévient pas les complications. Elle accroît le risque de résistances ultérieures.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Recherche de terrains à risque : pathologie respiratoire chronique ou comorbidité associée (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, pathologie néoplasique, immunodépression, cirrhose hépatique) et sujets âgés en état physiologique altéré.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Antipyrétiques : **paracétamol 1 g** matin, midi et soir si fièvre ou douleurs (ne pas dépasser 4 g/j).

• Les sirops antitussifs et fluidifiants bronchiques ne sont pas nécessaires.

Règles hygiénodiététiques

Arrêt du tabac.

Situations particulières

Exacerbation de BPCO (définie comme une majoration des symptômes respiratoires, débutant de façon aiguë, durant plus de 48 heures ou justifiant une modification thérapeutique) : origine non infectieuse 1 fois sur 2 ; en cas d'origine infectieuse, origine virale 1 fois sur 2.

• En cas d'exacerbation de BPCO stade 1 à 2 (VEMS ≥ 50 %), l'antibiothérapie n'est pas recommandée en 1re intention. Traitement bronchodilatateur.

• En cas d'exacerbation de BPCO stade GOLD 3 (30 % < VEMS < 50 %), cf. « Bronchopneumopathie chronique obstructive », l'antibiothérapie est recommandée en cas de franche purulence verdâtre des crachats :
– **amoxicilline 1 g :** 1 g matin, midi et soir pendant 7 à 10 jours,
ou
– **pristinamycine 500 mg :** 1 g matin, midi et soir pendant 4 jours,
ou
– **clarithromycine 500 mg :** 1 cp matin et soir pendant 7 à 10 jours.

• En cas d'exacerbation de BPCO stade GOLD 4 (VEMS < 30 %) ou facteurs de risques associés (exacerbations fréquentes [≥ 4 par an],

Situations particulières (suite)

corticothérapie systémique au long cours, comorbidités, antécédents de pneumonie), antibiothérapie systématique :
– **amoxicilline-acide clavulanique 1 g/125 mg :** 1 sachet matin, midi et soir pendant 7 à 10 jours,
ou
– **ceftriaxone 1 g :** 1 g/j par voie IV lente pendant 5 jours.

SURVEILLANCE

- *En cas de fièvre > 38,5 °C* persistante au-delà de 3 jours, le diagnostic doit être reconsidéré.
- *En cas de persistance de la toux > 21 jours ou de récidive fébrile*, des investigations complémentaires sont nécessaires. Une toux de plus de 3 semaines doit faire évoquer une coqueluche.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Brûlure cutanée

RAPPELS

Agression thermique ou chimique de la peau d'origine domestique dans la majorité des cas (60 %), par projection (liquide chaud) ou contact direct (plaque chauffante).

Diagnostic Clinique, avec deux composantes :
– apprécier la profondeur de la brûlure (Tableau 1) ;
– apprécier la surface atteinte : 1 % = une paume de main (Figure 1).

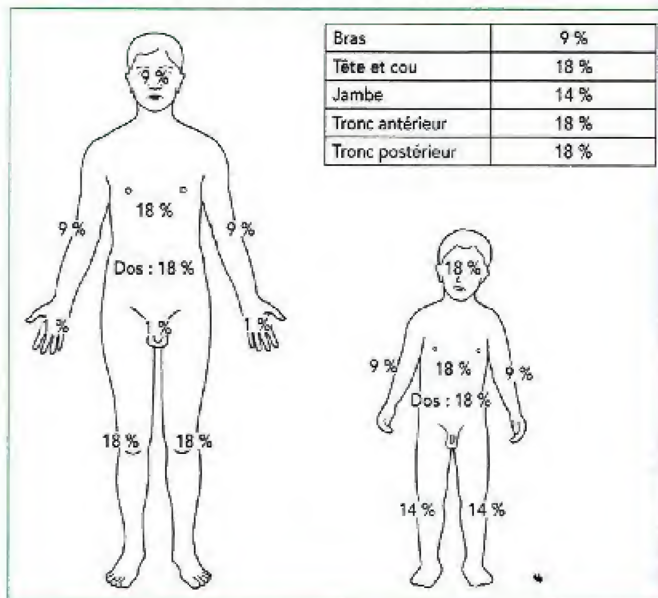
Tableau 1 – **Degré d'appréciation d'une brûlure.**

Degré	Structures atteintes	Présentation clinique	Délai de cicatrisation spontanée/ Séquelles
1er degré	Couches superficielles de l'épiderme, conservation couche basale	Érythème douloureux	3-5 jours/Aucune
2e degré superficiel	Épiderme et derme papillaire	Phlyctène puis érosion rose/rouge suintante douloureuse	< 14 jours/ Dyschromie
2e degré profond	Épiderme, derme réticulaire, conservation des annexes	Phlyctène à fond rouge-brun, érosion blanchâtre atone et hypo-esthésique, décollement des annexes cutanées	3-6 semaines/ Cicatrices hypertrophiques

Degré	Structures atteintes	Présentation clinique	Délai de cicatrisation spontanée/ Séquelles
3e degré	Épiderme et derme, nécrose de coagulation du réseau vasculaire, disparition des annexes	Aspect noir ou blanc cartonné, absence de douleur, anesthésie	Aucune cicatrisation spontanée

Attention : risque d'aggravation secondaire de la brûlure à partir du 2e degré superficiel.

Figure 1 – Surface atteinte selon l'égalité 1 % = paume de la main.



Objectif thérapeutique Soulager la douleur et favoriser la cicatrisation.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *En urgence, refroidir la zone brûlée* à l'eau froide de façon prolongée (> 10 min).
- *Dépister les brûlures graves et les adresser en urgence dans un centre spécialisé :*
  - surface atteinte > 5 % chez l'enfant, 10 % chez l'adulte ;
  - brûlures 2e degré profond et 3e degré ;
  - brûlures de la face, du cou, des mains, des zones périorificielles ;
  - brûlures chimiques ;
  - terrains fragiles : enfant, sujet âgé, femme enceinte, comorbidités sévères.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de brûlures du 1er degré

- **Trolamine :** 1 application sur les zones atteintes plusieurs fois par jour jusqu'à cicatrisation (3 tubes).
- **Paracétamol :** 1 g 3 fois/j en systématique pendant 7 jours (dose maximale : 4 g/j).

ou

- **Tramadol 37,5 mg + paracétamol 325 mg** : 1 à 2 cp toutes les 4 à 6 h.

Ordonnance en cas de brûlures du 2e degré

- Faire réaliser par un infirmier diplômé d'État des soins locaux quotidiens, week-ends et jours fériés compris, jusqu'à cicatrisation :
  - lavage de la brûlure à l'eau et au savon ;
  - appliquer un pansement d'interface, 1 plaque/j (dimension à adapter à la taille de la brûlure);
  - recouvrir d'une couche épaisse de **sulfadiazine argentique** : 1 tube/j ou /48 h (selon l'étendue des lésions);
  - appliquer des compresses 10x10 stériles tissées : 1 boite/ semaine ;
  - bandages.
- Traitement antalgique : idem ci-dessus.

Règles hygiénodiététiques

Assurer une hydratation abondante.

Brûlure cutanée

Précautions d'emploi

- Ne pas prescrire de Trolamine pour les brûlures de type 2 du fait d'un risque important de surinfection.

SURVEILLANCE

- Adaptation du traitement antalgique pour obtenir une disparition de la douleur.
- Évaluation du pansement toutes les 48 heures pour identifier une surinfection.

NOTES PERSONNELLES

C

Candidose digestive

RAPPELS

Infection à *Candida albicans* du tube digestif, la bouche et l'anus étant les localisations principales chez le sujet immunocompétent. Au cours de l'infection à VIH, des formes sévères peuvent se développer.

Diagnostic L'atteinte oropharyngée est évoquée devant un muguet (enduit blanchâtre précédé d'un érythème diffus) et/ou des perlèches (fissures de la commissure labiale) ; l'atteinte anale devant un prurit et un érythème suintant ; l'atteinte œsophagienne devant une dysphagie, une odynophagie, ou une douleur rétrosternale faisant découvrir un enduit blanchâtre en endoscopie.

Le diagnostic est clinique et il n'est pas utile de réaliser de prélèvements en dehors des formes récidivantes ou associées à une candidose systémique.

La recherche d'un facteur favorisant est indispensable : corticothérapie, antibiothérapie large spectre, diabète, immunodépression (VIH).

Objectif thérapeutique Régression des signes cliniques et guérison des lésions muqueuses.

- *Dans les atteintes oropharyngées et anales, un traitement local est suffisant chez les patients immunocompétents.*

- *Les formes œsophagiennes nécessitent un traitement systémique.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Lors d'un traitement oral, *éviter l'administration concomitante de pansements et topiques digestifs* (ou espacement de deux heures).
- En cas d'administration systémique de fluconazole :

– *recherche de contre-indications :* halofantrine, cisapride, pimozide (risque de torsades de pointe) ; grossesse ou allaitement ;
– *recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : insuffisance rénale, insuffisance hépatique, hypokaliémie, hypomagnésémie ;
– *recherche d'associations déconseillées ou à prendre en compte :* AVK (augmentation de l'INR), ciclosporine, névirapine, phénytoïne, sulfamides hypoglycémiants, rifabutine, tacrolimus (augmentation des taux circulants et risques de surdosage).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de candidose oropharyngées chez les patients séronégatifs pour le VIH

Amphotéricine B 10 % suspension buvable : 2 cuillères à café matin, midi et soir, de préférence en dehors des repas (effectuer un bain de bouche pendant 1 à 2 minutes puis avaler), pendant 3 semaines (**amphotéricine suspension buvable enfant/nourrisson :** 50 mg/kg/j).

Ordonnance en cas de candidose œsophagienne

Fluconazole 200 mg : 1 gél. matin et soir le premier jour (soit 400 mg) puis 1 gél. matin pendant 3 semaines.

Règles hygiénodiététiques

- Hygiène buccodentaire, soins dentaires.
- Si possible, arrêt de la corticothérapie et de l'antibiothérapie large spectre.

Situations particulières

- **En cas d'infection par le VIH,** une candidose oropharyngée correspond généralement à un taux de CD4 < 400/mm³. Un traitement systémique est indiqué (*cf.* candidose œsophagienne).
- **En cas de grossesse,** le fluconazole est contre-indiqué. Il peut être remplacé par **amphotéricine B 10 % suspension buvable :** 2 cuillères à café matin, midi et soir, de préférence en dehors des repas (effectuer un bain de bouche pendant 1 à 2 minutes puis avaler), pendant 3 semaines.

Situations particulières (suite)

- **En cas d'insuffisance rénale** *(ClCr < 50 mL/min)*, réduire la posologie de fluconazole de moitié, en particulier chez les patients âgés.
- **Si traitement proarythmogène, hypokaliémie ou hypomagnésémie :** risque d'allongement du QT sous fluconazole → surveillance de l'ECG.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : disparition des manifestations cliniques (pas de contrôle endoscopique systématique en absence de signes cliniques persistants).
- De la biologie hépatique si hépatopathie connue et traitement par fluconazole.
- Prise en charge des facteurs favorisants : antibiothérapie large spectre, corticothérapie locale ou systémique, diabète, prothèses dentaires, VIH.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Céphalées de tension

RAPPELS

Céphalées chroniques, de type épisodique (< 15 j/mois) ou permanent (> 15 j/mois), non pulsatiles mais plutôt « en casque », elles prédominent au vertex ou dans la région cervico-occipitale avec une recrudescence vespérale. Aggravées par la tension psychologique ou la fatigue, elles peuvent disparaître en période de détente. Alors que la gêne est décrite comme intense, voire insupportable, le retentissement sur la vie quotidienne reste généralement limité.

Diagnostic

- Clinique sur des critères qui l'opposent à la migraine : caractère chronique et bilatéral des douleurs, à type de striction, sans aura ni troubles digestifs ni photophobie, sans aggravation par l'activité mais par le surmenage et l'anxiété.
- L'examen physique est normal hormis une possible hypersensibilité musculaire à la palpation du scalp et du cou.
- Le diagnostic ne nécessite pas d'examen complémentaire mais la recherche d'éventuels facteurs favorisants : dépression, état névrotique, abus d'antalgiques. Par contre, une imagerie cérébrale est recommandée en cas de céphalées brutales d'installation rapide (< 1 min), de crises apparues après 50 ans ou d'anomalies à l'examen clinique.

Objectif thérapeutique Il est double :
– traiter la crise pour soulager le malade. Deux familles médicamenteuses sont utilisées : le paracétamol et les AINS. Les analgésiques opioïdes sont à éviter (en raison du risque de dépendance) de même que la caféine, les myorelaxants et les triptans;
– prévenir les récidives par la mise en place d'un traitement de fond. La nécessité de ce dernier dépend de la fréquence des céphalées mais surtout de leur retentissement individuel. Les antidépresseurs tricycliques sont utilisés. Ce traitement de fond doit permettre de limiter l'abus d'antalgiques en automédication.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications :*
– paracétamol : hépatopathie évolutive et/ou insuffisance hépatocellulaire;
– AINS : allergie aux AINS, ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse;
– tricycliques : glaucome par fermeture de l'angle, obstacle urétroprostatique, infarctus du myocarde récent, association aux IMAO et à l'oxitriptan.

• *Recherche de terrains à risque :*
– paracétamol : alcoolisme, insuffisance rénale sévère;
– AINS : antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque;
– tricycliques : ATCD d'épilepsie, de pathologie cardiovasculaire, d'insuffisance rénale ou hépatique, conducteurs de véhicules.

• *Recherche d'associations déconseillées :*
– AINS : lithium, méthotrexate;
– tricycliques : antidépresseurs sérotoninergiques purs, antihypertenseurs centraux.

• *Recherche d'associations à prendre en compte :*
– AINS : antihypertenseurs, corticoïdes, diurétiques, interféron α, ISRS;
– tricycliques : atropiniques, anticonvulsivants, baclofène.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la crise

• **Paracétamol 1 000 mg :** 1 cp à renouveler si nécessaire. Ne pas dépasser 4 g/j.

ou

• **Ibuprofène 200 :** 2 cp à prendre le plus précocement possible dès le début des douleurs. 1 cp à renouveler si nécessaire.

Ordonnance de traitement de fond

Amitriptyline 4 % gouttes (1 mg/goutte) : débuter par 10 gouttes le soir ½ heure avant le coucher puis, si effet insuffisant, augmenter de 5 gouttes/semaine jusqu'à la posologie efficace (10 à 100 mg/j) ou l'apparition d'effets secondaires.

NB : prudence chez les conducteurs et utilisateurs d'engins (somnolence).

Ordonnance de thérapeutiques non médicamenteuses complémentaires à envisager

• Encourager une activité physique régulière (piscine, marche).
• Techniques de relaxation.
• Thérapies cognitivocomportementales.
• Physiothérapie, en particulier en cas de contractures musculaires importantes.
• Acupuncture.

SURVEILLANCE

- De la tolérance des tricycliques : somnolence, constipation, sécheresse buccale, hypotension orthostatique.
- De la réduction des crises par la tenue d'un agenda qui notera les éventuels facteurs déclenchants.
- Rechercher une surconsommation médicamenteuse : prise régulière au moins 10 j/mois d'antalgiques contenant de la caféine, de la codéine, de la poudre d'opium ou du tramadol, ou prise au moins 15 j/mois de paracétamol, d'aspirine ou d'AINS.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

Chondrocalcinose articulaire

RAPPELS

Liée à des dépôts de cristaux de pyrophosphates de calcium au sein des articulations, la chondrocalcinose est la plus fréquente des arthropathies microcristallines. Habituellement asymptomatiques, ces cristaux peuvent entraîner des accès aigus d'arthrites inflammatoires.

Diagnostic Devant une arthrite inflammatoire souvent cliniquement intense : douleur importante, rougeur, chaleur et épanchement intra-articulaire, fièvre possible ± syndrome inflammatoire biologique. La radiographie de l'articulation ou d'autres sites articulaires (poignet, pubis, etc.) montre des calcifications intra-articulaires. Le liquide synovial est inflammatoire, aseptique et contient des cristaux de pyrophosphates de calcium.

Objectif thérapeutique Réduire l'inflammation et la douleur articulaires.

➡ *Le traitement de référence fait appel aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie orale avec une réponse en général rapide et spectaculaire.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'une pathologie sous-jacente :* hyperparathyroïdie, hémochromatose.

- *Recherche d'un facteur déclenchant* : médicamenteux, insuffisance rénale aiguë, affection intercurrente, intervention chirurgicale, hypocalcémie.
- *Recherche de contre-indications aux AINS* : ulcère digestif en évolution, insuffisance rénale ou hépatique sévère, grossesse.
- *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées avec les AINS* : anticoagulants, lithium, méthotrexate à forte dose, ticlopidine, aspirine à forte dose. Avec la colchicine : inhibiteurs enzymatiques, en particulier macrolides et pristinamycine.
- *Recherche d'un terrain à risque* : antécédent d'ulcère digestif, antécédent thrombotique cardiovasculaire, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque ou rénale.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Kétoprofène 100 mg :** 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 5 jours.
- **Glace à apposer sur l'articulation** pendant 10 minutes, 2 fois/j pendant 3 jours.

Situations particulières

- **En cas de contre-indications aux AINS**, il est possible de faire une injection intra-articulaire de corticoïdes ou de proposer une cure courte de corticoïdes *per os* : **prednisone** 20 mg/j en une prise matinale durant 3 à 5 jours.
- **En cas de crises aiguës chondrocalcinosiques fréquentes**, l'administration de **colchicine 1 mg**, 1 cp/j au long cours, semble diminuer la fréquence des épisodes aigus.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : amélioration de la douleur, régression des signes cliniques inflammatoires et de la crise aiguë.
- Recherche des effets indésirables liés aux AINS : troubles digestifs, hypertension, insuffisance rénale, cytolyse hépatique, anémie ferriprive.

NOTES PERSONNELLES

Coliques hépatiques

RAPPELS

Douleur aiguë liée à la mise en tension brutale des voies biliaires. L'origine la plus fréquente est le blocage transitoire d'une lithiase dans la vésicule biliaire, le canal cystique, les canaux hépatiques ou le cholédoque. Plus rarement, une tumeur, un parasite, un spasme du sphincter d'Oddi voire une hémolyse massive peuvent être en cause. Trois complications peuvent survenir : une cholécystite, une angiocholite ou une pancréatite aiguë.

Diagnostic

• Clinique devant une douleur brutale, intense et continue, souvent post-prandiale, de siège épigastrique ou dans l'hypocondre droit, irradiant vers l'omoplate droite ou le dos en « hémi-ceinture ». Durant de quelques minutes à quelques heures, elle est accrue par la pression de l'hypocondre droit, déclenchant une douleur ascendante qui inhibe immédiatement l'inspiration (signe de Murphy). Une cholécystite entraîne de la fièvre, une angiocholite fièvre + ictère, et une pancréatite des douleurs pancréatiques irradiant dans le dos et/ou l'hypocondre gauche.

• L'échographie abdominale est le meilleur examen pour visualiser une lithiase vésiculaire. La cholangio-IRM et l'échoendoscopie biliaire (plus performante mais plus invasive) sont les meilleurs examens pour visualiser les lithiases de la voie biliaire principale.

• Biologie :

– en cas de lithiase vésiculaire : bilans hépatique et pancréatique normaux (ASAT, ALAT, γGT, bilirubine, PAL, lipase) ;

– en cas de migration lithiasique dans la voie biliaire principale : cytolyse et/ou cholestase ;
– en cas de pancréatite : hyperlipasémie.

Objectif thérapeutique

• *En cas de colique hépatique non compliquée* : soulager la douleur et préparer le patient pour la cholécystectomie.

• *En cas de complications* : le traitement du sepsis et la libération des voies biliaires peuvent être nécessaires en urgence.

• Par contre, une *lithiase vésiculaire asymptomatique*, de découverte fortuite, ne nécessite aucun traitement.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de signes d'une colique hépatique compliquée* nécessitant un traitement spécifique (cf. paragraphe précédent).

• *Recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler → recherche et interruption de médicaments pouvant favoriser la formation de lithiases vésiculaires :
– par saturation de la bile en cholestérol : clofibrate, contraceptifs oraux, ciclosporine, furosémide ;
– par stase vésiculaire : octréotide, progestérone, anticholinergiques, morphiniques ;
– par précipitation en excès d'une substance : ceftriaxone, dipyridamole.

• *Précautions liées au paracétamol* :
– contre-indications : hépatopathie et insuffisance hépatocellulaire ;
– risque de surdosage : recherche des médicaments déjà pris et information sur la posologie maximale.

• *Précautions liées aux opiacés* :
– contre-indications : insuffisance respiratoire ou hépatique sévère, épilepsie sévère, delirium tremens, alcool ou autres dépresseurs du SNC, IMAO, grossesse, allaitement ;
– risque de surdosage à surveiller.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de douleurs modérées

• **Phloroglucinol 80 mg :** 2 cp 3 fois/j.
• **Paracétamol 1 g :** 1 cp 3 fois/j (ne pas dépasser 4 g/jour).

Ordonnance en cas de douleurs plus intenses

Ordonnance précédente en association avec **tramadol 50 mg**, 100 mg (2 comprimés) suivie de 50 ou 100 mg (1 ou 2 cp) toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 400 mg/24 h (8 cp).

Ordonnance en cas de douleurs aiguës insupportables

Une titration morphinique par voie IV peut être instituée en milieu hospitalier sous surveillance étroite, bien qu'elle puisse favoriser un spasme du sphincter d'Oddi :

• **Morphine injectable 10 mg :**
– amener l'ampoule de 1 mL à un volume de 10 mL en diluant avec de l'eau ppi pour obtenir 1 mL = 1 mg ;
– injecter la dose initiale (0,1 mg/kg) en 1 à 5 minutes puis réinjecter 1 mg par 1 mg toutes les 6 à 10 minutes jusqu'à sédation de la douleur.

• Surveiller en permanence : conscience, pupilles, fréquences respiratoire et cardiaque, TA et effets secondaires (nausées, prurit, globe vésical).

Règles hygiénodiététiques

• Repos + glace sur le ventre.

- Mise au repos du tube digestif : diète stricte jusqu'à la fin de la crise douloureuse.
- Régime léger jusqu'à la cholécystectomie dont il faut expliquer la nécessité.
- Le patient doit être informé que la succession rapide de douleurs ± fièvre ± ictère, comme la survenue d'une fièvre inexpliquée, doivent faire consulter rapidement un médecin.

Situations particulières

En cas de signes de sepsis (cholécystite ou angiocholite), à côté du bilan étiologique et de la levée de l'obstacle en cas de lithiase, une antibiothérapie ciblant les germes biliaires doit être débutée après la réalisation d'hémocultures :
- **ceftriaxone :** 1 g/24 h par voie IV lente pendant 7 jours ;

\+
- **métronidazole :** 500 mg 3 fois/j en perfusion de 30 minutes.

SURVEILLANCE

- De la disparition de la douleur.
- De l'apparition de signes de complications, dont le patient doit être informé.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

Coliques néphrétiques

RAPPELS

Douleur lomboabdominale aiguë par mise en tension de la voie excrétrice urinaire haute en amont d'un obstacle. Un calcul est le plus souvent en cause, d'oxalate de calcium (70 %), d'acide urique (20 %) ou phosphocalcique. Une récidive survient dans 50 % des cas. Pathologie très fréquente qui affecte 5 à 10 % des adultes.

Diagnostic Clinique devant une douleur brutale et intense, unilatérale, irradiant vers la fosse iliaque et les organes génitaux. S'associent fréquemment nausées, dysurie et agitation. La bandelette urinaire révèle une hématurie dans 70 à 95 % des cas. Si le tableau semble simple, aucun examen n'est indispensable en urgence ; le patient peut être traité en ambulatoire avec programmation dans un second temps de NFS, CRP, créatininémie, ECBU, échographie.

Si doute diagnostique (pyélonéphrite aiguë, tumeur ou infarctus rénal, fissuration d'anévrysme, colique biliaire, pancréatite, *etc.*), un uroscanner doit être réalisé en urgence.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur et éviter les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Identifier les terrains à risque nécessitant une hospitalisation urgente :* grossesse (penser à la grossesse extra-utérine), insuffisance rénale, uropathie connue ou rein greffé, patient VIH sous indinavir).

• *Identifier les formes compliquées nécessitant une hospitalisation urgente :* fièvre, oligoanurie, tableau hyperalgique non contrôlé.

• *Rechercher les contre-indications aux AINS :* grossesse, insuffisance rénale, ulcère digestif en évolution, insuffisance hépatique sévère, asthme aux AINS.

NOTES PERSONNELLES

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en ambulatoire

• **Kétoprofène injectable 100 mg IM :** 1 injection IM, à renouveler après 12 heures si nécessaire.

Ordonnance à l'hôpital

• **Kétoprofène injectable 100 mg IV :** 1 fl. à dissoudre dans 100 mL de glucosé à 5 % à passer en 20 min, renouvelable 2 fois/j.

Mesures hygiénodiététiques

Boissons libres et alimentation normale.

Situations particulières

• En cas de vomissements, **métoclopramide injectable 10 mg :** 1 injection IV lente, renouvelable 3 fois/j.

• En cas de douleurs intenses et non calmées, titration morphinique par voie IV avec **morphine injectable 10 mg :**
- amener l'ampoule de 1 mL à un volume de 10 mL en diluant avec de l'eau ppi pour obtenir 1 mL = 1 mg ;
- injecter la dose initiale (2 mg) en 1 à 5 min puis réinjecter 2 mg en 2 mg toutes les 6 à 10 min jusqu'à sédation de la douleur ;
- associer un antiémétique, **dropéridol injectable 1,25 mg :** chaque 1 mg de morphine est couplé à 0,1 mg de dropéridol en IV lente (dose maximale journalière 5 mg) ;
- surveiller en permanence : conscience, pupilles, fréquences respiratoire et cardiaque, TA et les effets secondaires (nausées, prurit, globe vésical) ;
- oxygénothérapie à 3 L/min au masque ;

Situations particulières (suite)

– la poursuite de l'antalgie peut s'effectuer par des bolus de 2 mg IV de morphine autoadministrés ou par titration morphinique par voie orale.

SURVEILLANCE

• Consignes aux patients :
– tamiser les urines à travers un filtre à café et conserver les calculs expulsés ;
– mesurer la température tous les matins pendant 72 heures ;
– consulter en urgence si fièvre > 38 °C, frissons, vomissements, malaise, urines rouges, anurie pendant 24 h, réapparition de la douleur.

• **Un bilan de maladie lithiasique** doit être envisagé si coliques néphrétiques récidivantes, ATCD familiaux d'urolithiases, calculs bilatéraux, néphrocalcinose, maladie inflammatoire du tube digestif, calculs uriques, de phosphates ou de cystine.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Conjonctivite aiguë

RAPPELS

Inflammation aiguë uni- ou bilatérale de la conjonctive de l'œil due à quatre causes principales : virale (adénovirus essentiellement mais un virus herpès peut être en cause), bactérienne (streptocoque ou staphylocoque), allergique (pollens, acariens) ou irritative.

Diagnostic Clinique devant un œil rouge, larmoyant, sans baisse de l'acuité visuelle. Généralement, la rougeur conjonctivale est diffuse et la douleur très modérée avec possible sensation de sable sous les paupières. Bien que le plus souvent bénigne, il faut rechercher :
– des critères de gravité : sécrétions purulentes importantes, œdème de la conjonctive (chémosis), œdème palpébral, larmoiement important, baisse de l'acuité visuelle (même modérée), photophobie ;
– des terrains à risque : immunodépression, diabète mal équilibré, pathologie locale sous-jacente (syndrome sec, dystrophie cornéenne, chirurgie récente, greffe de cornée, obstruction des voies lacrymales), lentilles de contact, corticothérapie locale, monophtamie, nouveau-né.

• *Une origine virale* est évoquée devant un caractère épidémique en communauté, un écoulement clair, une bilatéralisation rapide et la présence d'une adénopathie prétragienne.

• *Une origine bactérienne* entraîne une irritation, une sensation de corps étranger dans l'œil et les paupières sont collées le matin au réveil par des sécrétions purulentes.

• *Une origine allergique* est évoquée sur un terrain atopique, le caractère saisonnier (printemps) et bilatéral ainsi que l'association à une rhinite, à des démangeaisons +/– œdème palpébral.

• *Une origine irritative* peut être liée à de nombreuses substances (conservateurs présents dans les collyres, produits d'entretien des lentilles de contact, shampooing, chlore) ou à une sécheresse oculaire (involution sénile, médicaments, syndrome de Goujerot-Sjögren).

➡ *Une baisse de l'acuité visuelle ou une douleur importante doivent conduire à une consultation spécialisée rapide : recherche de sclérite, de kératite ou d'uvéite.*

Objectif thérapeutique Accélérer la guérison, éviter une complication (kératite) et prévenir la contagion.

➡ *Ces bénéfices doivent être mis en balance avec le risque de sélectionner des souches résistantes à certains antibiotiques. Aussi le recours à un antibiotique ne doit pas être systématique chez l'adulte en l'absence de critère de gravité ou de facteur de risque.*
➡ *Éviter l'association à un corticoïde, en particulier chez l'enfant.*

PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Recherche de contre-indication :
– allergie à l'un des constituants ;
– aminosides en collyres : grossesse ;
– cétirizine *per os* : insuffisance rénale ou hépatique ;
– rifamycine en collyres, qui entraîne une coloration irréversible des lentilles cornéennes souples.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Le traitement dépend de la cause et du terrain. Un prélèvement de larmes n'est pas nécessaire en première intention (seulement si persistance de sécrétions importantes malgré un traitement bien conduit). Ne pas utiliser de collyre à base de corticoïdes.

Ordonnance en cas de conjonctivite bactérienne ou virale

• Lavages avec collyres antiseptiques :
– **acide borique + borate de sodium :** 4 fois/j ;
– **picloxydine collyre 0,05 % :** 4 fois/j pendant 10 jours.

• *Si terrain à risque d'immunodépression* (diabète, corticothérapie, etc.) *ou pathologie oculaire chronique*, remplacer la picloxydine par un collyre antibiotique :
– soit **tobramycine 0,3 % :** 4 fois/j pendant 5 à 7 jours ;
– soit **rifamycine 1 % :** 4 fois/j pendant 5 à 7 jours.

Ordonnance en cas de conjonctivite allergique

• Lavages abondants pendant 15 jours avec collyres :
– antiseptique : **acide borique + borate de sodium,** 4 fois/j ;
– + antiallergique : **cromoglycate de sodium,** 3 fois/j.

• Un antihistaminique par voie générale peut être adjoint : **cétirizine 10 mg**, 1 cp le soir pendant 15 jours.

Ordonnance en cas de conjonctivite irritative

• *Si agent caustique*, lavages avec collyre antiseptique : **acide borique + borate de sodium**, 4 fois/j pendant 7 jours.

• *Si sécheresse oculaire*, collyre à très haute viscosité : **hyaluronate de sodium**, flacon 10 mL, 4 fois/j pendant 7 jours.

Ordonnance en cas de conjonctivite irritative (suite)

Règles hygiénodiététiques

- Chez les porteurs de lentilles, retrait jusqu'à guérison puis utilisation d'une nouvelle paire de lentilles (si elles ne sont pas jetables, désinfection nécessaire).
- Éviter de se frotter les yeux (aggravation de l'inflammation et risque de contamination de l'entourage).
- Lavage fréquent des mains.
- Ne pas garder un maquillage pour les yeux utilisé juste avant une conjonctivite.

Situations particulières

- *Chez le nourrisson*, la conjonctivite aiguë doit être systématiquement traitée par un **collyre antibiotique**. Respecter strictement les règles d'hygiène : lavage des mains avant et après chaque soin, mouchoirs jetables, changement quotidien du linge de toilette.
- *Chez les femmes enceintes ou allaitantes* : **azithromycine collyre,** 1 goutte 2 fois/j, pendant 3 jours. Jeter le récipient unidose après utilisation. Sont déconseillés les aminosides et la chlortétracycline. L'azithromycine, les quinolones, l'acide fusidique et la rifamycine doivent être utilisés avec précaution.

SURVEILLANCE

La persistance de symptômes après 72 heures nécessite un avis ophtalmologique.

Constipation

RAPPEL

Exonération hebdomadaire de moins de trois selles, dures et difficiles à évacuer. Trois cadres cliniques à distinguer : les constipations aiguës apparaissant dans des circonstances favorisantes (voyage, alitement, etc.), les constipations chroniques anciennes et les constipations inhabituelles et prolongées, sans circonstance déclenchante. Dans les deux premières situations, la plupart du temps fonctionnelles, le traitement initial peut être symptomatique sans exploration complémentaire. Les constipations inhabituelles justifient d'emblée des investigations diagnostiques à la recherche d'une étiologie organique.

Diagnostic D'interrogatoire : rechercher systématiquement un éventuel traitement introduit récemment et susceptible de ralentir le transit intestinal (antitussifs, antidépresseurs, antidouleurs, etc.).

La présence de selles dans le rectum suggère des anomalies de la sensibilité ou de la motricité anorectale (dyschésie) justifiant une prise en charge spécifique.

Les causes organiques à rechercher devant une constipation prolongée inhabituelle sont : une tumeur rectocolique, une hypothyroïdie, une hypokaliémie, une déshydratation, une hypercalcémie et un saturnisme.

L'étude du transit de marqueurs radio-opaques est utile dans les constipations chroniques fonctionnelles résistant au traitement pour comprendre le mécanisme de la constipation : inertie colique diffuse, spasmes coliques gauches ou dyschésie.

Objectif thérapeutique Augmenter le nombre de selles hebdomadaires et normaliser la consistance des selles. Réduire la symptomatologie fonctionnelle associée à la constipation.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Éliminer une occlusion intestinale ou un syndrome subocclusif.*
- *Attention aux fausses routes* avec les huiles si troubles de la déglutition ou sujets très âgés.
- En cas de colopathie inflammatoire, *éviter les laxatifs osmotiques.*

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de constipation aiguë en situation favorisante

- **Huile de paraffine :** 1 à 2 cuillères à café par jour.

ou

- **Huile de vaseline :** 1 à 3 cuillères à soupe par jour.

ou

- **Polyéthylène glycol (PEG 4000) :** 1 sachet de 10 g 1 à 3 fois/j.

Ordonnance en cas de constipation chronique

- Laxatifs de lest (mucilages + son) :
  - **ispaghul :** 2 à 3 sachets de 30 g/j en 1 ou 2 prises (également karayal, psyllium) ;
  - **galettes de son de blé ou d'orge :** 2 à 4 galettes de 10 g/j.
- Laxatifs osmotiques :
  - **polyéthylène glycol (PEG 4 000) :** 1 à 2 sachets de 10 g 1 à 2 fois/j ;

  ou

  - **lactitol :** 1 à 2 sachets de 10 g 1 à 2 fois/j (également lactulose, mannitol).

Règles hygiénodiététiques

- **L'alimentation doit être riche en fibres** (pain complet, céréales, légumes, pruneaux) et les boissons abondantes.
- Exercice physique régulier.

Situations particulières

En cas de dyschésie, laxatifs par voie rectale : **bicarbonate de sodium et bitartrate de potassium**, 1 suppositoire le matin avant la selle (également sorbitol et citrate de sodium).

SURVEILLANCE

- Efficacité sur le transit et possible intolérance transitoire aux laxatifs de lest (douleurs abdominales, météorisme) qui peuvent justifier une posologie progressivement croissante du traitement laxatif et la prescription d'antispasmodiques intestinaux et/ou d'adsorbant des gaz les premières semaines du traitement : **phloroglucinol 80 mg**, 1 cp 2 à 3 fois/j ± **charbon**, 1 cap. 2 à 3 fois/j.
- Les constipations sévères peuvent se compliquer d'une pseudo-obstruction colique (syndrome d'Ogilvie) observée en général chez les personnes âgées atteintes de maladie neurologiques sévères ou recevant des neuroleptiques. Une **exsufflation endoscopique colique en urgence** est souvent nécessaire dans cette situation.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

Contraception intra-utérine

RAPPELS

Objectif thérapeutique Empêcher la survenue d'une grossesse, de façon réversible. Les dispositifs intra-utérins (DIU) ont une action contraceptive principalement par un effet antinidatoire sur l'endomètre (réaction inflammatoire non spécifique pour le DIU au cuivre, atrophie pour le DIU au lévonorgestrel [LNG]). Le DIU au cuivre a également une toxicité sur les spermatozoïdes et inhibe la fécondation. Le DIU au LNG entraîne également une altération de la glaire cervicale.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Éliminer une contre-indication formelle à l'insertion d'un DIU* : grossesse en cours, contexte septique pelvien en cours (chez les femmes de moins de 25 ans ou ayant des partenaires multiples, un prélèvement vaginal avec recherche par PCR de chlamydiae, mycoplasma genitalium et gonocoque est recommandée avant la pose de DIU), saignement vaginal inexpliqué, maladie trophoblastique avec persistance d'hCG élevées, cancer du col, cancer de l'endomètre, distorsion de la cavité utérine incompatible avec pose d'un DIU (myomes ou malformation congénitale ou acquise), maladie de Wilson/hypersensibilité au cuivre pour le DIU au cuivre, hypertension artérielle pulmonaire, cancer hormonodépendant pour le DIU au LNG, maladie ou insuffisance hépatique évolutive et tumeur hépatique bénigne ou maligne.

• *Éliminer une contre-indication relative à l'insertion d'un DIU* : infection à VIH stade SIDA, maladie trophoblastique avec hCG indétectable ou décroissant, éviter la pose d'une DIU entre 48 h et 4 semaines en post-partum.

• *Associations médicamenteuses à prendre en compte* :
– anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires : augmentation du risque de ménorragies sous DIU au cuivre ;
– anti-inflammatoires (AINS) à forte dose prolongée ou corticoïdes au long cours ou immunosuppresseurs : l'efficacité contraceptive est moins assurée pour le DIU au cuivre (réduction de l'inflammation endométriale) et le risque infectieux accru.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Dispositif intra-utérin taille standard** (380 mm² de cuivre avec hystéromètre).
ou
• **Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (LNG).**
La pose du DIU se fait idéalement en fin de règles, ou immédiatement après les règles, en première partie de cycle.
La prescription d'un antispasmodique (phloroglucinol 80 mg : 2 cp en 1 prise) à prendre 1 heure avant la pose peut faciliter l'insertion du DIU.
La prescription d'un antispasmodique ou de paracétamol (1 g en 1 prise) ou d'un AINS (Ibuprofène 400 mg, 1 cp) après l'insertion peut permettre de réduire la douleur suivant la pose.

Situations particulières

• *En cas de règles spontanément abondantes ou de dysménorrhées*, privilégier un DIU au LNG.

• *Chez une patiente nullipare*, prescrire un DIU au cuivre ou au LNG taille *short*. La prescription d'antispasmodique encadrant l'insertion sera plus systématique.

• *Dans un contexte de contraception d'urgence*, l'insertion d'un DIU au cuivre peut être réalisée jusqu'à 120 h après le rapport à risque, et au plus tard dans les 5 jours suivant la date présumée de l'ovulation.

SURVEILLANCE

• La patiente doit être revue dans les trois mois après la pose pour évaluer la tolérance, l'abondance des règles, et réaliser un examen clinique gynécologique pour vérifier la bonne position du DIU (visualisation des fils). Une échographie pelvienne n'est pas systématique mais devra être réalisée en cas de signe anormal. Le suivi sera ensuite annuel.

• La patiente doit être informée de la nécessité de consulter en cas de douleur pelvienne inhabituelle ou persistante, de saignement abondant, de métrorragies, de leucorrhées, de fièvre inexpliquée, d'un retard de règles, de la disparition des fils au toucher.

NOTES PERSONNELLES

C

Contraception œstroprogestative

RAPPELS

Objectif thérapeutique Empêcher la survenue d'une grossesse, de façon réversible. La contraception œstroprogestative associe un œstrogène (le plus souvent l'éthynilestradiol, parfois le 17-bêta-œstradiol ou le valérate d'œstradiol) et un progestatif. La voie d'administration peut être orale, percutanée (patch), ou vaginale (anneau vaginal).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications aux œstroprogestatifs :*
– risque accru d'accident vasculaire artériel : antécédents personnel d'AVC, infarctus du myocarde, insuffisance coronarienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, HTA sévère, migraine avec aura, diabète compliqué, dyslipidémie sévère, ou association de 2 facteurs de risque vasculaires parmi : IMC > 30, tabac > 15 cigarettes/j, migraine simple, âge > 35 ans, antécédents familiaux d'accident artériel précoce ;
– risque accru de thrombose veineuse : antécédent de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire, thrombophilie biologique, SAPL ;
– cancer hormonodépendant ;
– autres : lupus, connectivites, affection hépatique sévère ou récente, otospongiose sévère.

• *Recherche de terrains à risque :* recherche de thrombophilie biologique en cas d'antécédents familiaux veineux documentés avant 50 ans ; bilan métabolique en cas d'obésité, d'antécédents familiaux de dyslipidémies ou de diabète de type 2 ; migraines simples.

• *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées :* lamotrigine (réduction des taux plasmatiques de lamotrigine), inducteurs enzymatiques (réduction de l'efficacité des œstroprogestatifs y compris par voie percutanée).

• *Recherche d'associations à prendre en compte :* ciclosporine, mélatonine, tacrolimus, tizanidine, ropinirole, sélégiline (réduction de leur catabolisme), colestyramine (respecter un intervalle de 3 heures entre les prises orales), sugammadex utilisé en anesthésie pour décurarisation (prendre alors des précautions équivalentes à celles prises pour un oubli d'un comprimé).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Éthynilestradiol 20 µg + lévonorgestrel 100 µg, 1 cp/j à heure fixe :
- à commencer la première fois le premier jour du cycle (premier jour des règles) ;
- puis à prendre pendant 21 jours suivis d'un arrêt de 7 jours ;
- puis reprise 21 jours et ainsi de suite.

Recommandations

• **Conduite à tenir en cas d'oubli d'un comprimé :**
- si l'oubli est de moins de 12 heures, l'efficacité contraceptive est garantie ;
- si l'oubli est de plus de 12 heures :
  - prendre le comprimé oublié,
  - utiliser des préservatifs pendant les 7 jours suivant l'oubli,
  - utiliser une contraception d'urgence si des rapports ont eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli, ou si l'oubli concerne au moins deux comprimés,
  - si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés de la plaquette, débuter directement la plaquette suivante en fin de plaquette (sans les 7 jours d'arrêt entre deux plaquettes).

• **Une contraception d'urgence** (cf. fiche suivante) pourra être prescrite d'emblée si nécessaire, en association avec la prescription de la contraception orale.

Situations particulières

• *En cas de difficultés d'observance*, préférer une voie d'administration percutanée (patch) ou un anneau vaginal, en respectant les mêmes contre-indications.

• *Recherche d'associations à prendre en compte :* il n'existe pas de données sur l'efficacité de la CU au lévonorgestrel en cas de prise d'inducteurs enzymatiques, mais son efficacité pourrait potentiellement être diminuée.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Choix de la méthode selon le délai depuis le rapport à risque et le moment du cycle

• Délai depuis le rapport < 72 h : lévonorgestrel, ulipristal acétate ou DIU au cuivre.

• Délai depuis le rapport (72 h et 120 h) et/ou si début d'élévation de la LH (hors pic de LH) : DIU au cuivre ou ulipristal acétate.

• Délai depuis le rapport > 120 h et/ou si pic de LH : DIU au cuivre possible si la date présumée d'ovulation est de moins de 5 jours.

• Plusieurs rapports à risque : DIU au cuivre, ou ulipristal acétate (si tous les rapports datent de moins de 120 h).

Ordonnance (2 possibilités selon le délai de prise)

• **Lévonorgestrel 1,5 mg :** 1 cp en une prise, à prendre le plus tôt possible après le rapport à risque et dans tous les cas dans les 72 heures. Ce traitement est disponible :
– en pharmacie : sur prescription médicale (remboursée 65 %) ou sans prescription, gratuite pour les mineures;
– en centre de planification et d'éducation familiale ;
– auprès des infirmières des collèges, lycées et universités.

• **Ulipristal acétate 30 mg :** 1 cp en 1 prise, à prendre le plus tôt possible après le rapport à risque et dans tous les cas dans les 120 heures.

Recommandations

• En cas de vomissement survenant dans les 3 heures après la prise, reprendre un comprimé.

Recommandations (suite)

- Après la prise d'une CU par voie orale, les rapports doivent être protégés :
– jusqu'à la fin du cycle en l'absence de contraception associée ;
– si CU par lévonorgestrel : pendant 7 jours en cas de prise d'œstroprogestatif (9 jours pour la contraception au valérate d'œstradiol), 2 jours en cas de prise de microprogestatif ;
– si prise d'ulipristal acétate : pendant 14 jours en cas de prise d'œstroprogestatif (16 jours pour la contraception au valérate d'œstradiol), 9 jours en cas de prise de microprogestatif.
- **Mise en place d'une contraception** en l'absence de contraception habituelle.

Situations particulières

- En cas de poids > 75 kg, des données limitées suggèrent que les CU au lévonorgestrel et à l'ulipristal acétate ont une efficacité diminuée. Chez toutes les femmes, la CU doit être prise le plus rapidement possible après des rapports non protégés.
- En cas d'allaitement, il est recommandé de ne pas allaiter pendant une semaine suivant la prise d'ulipristal acétate et pendant au moins 8 heures suivant la prise de CU au lévonorgestrel.

SURVEILLANCE

- La survenue de métrorragies et la modification de la longueur du cycle en cours (raccourci ou allongé) sont fréquentes.
- *En cas de retard de règles de plus de 5 à 7 jours ou de saignements anormaux*, effectuer un **dosage de β-hCG**.

Crampes musculaires

RAPPELS

Contraction spontanée et douloureuse d'un ou plusieurs groupes musculaires, une crampe débute brutalement et disparaît généralement après quelques minutes ou en étirant le muscle considéré, laissant ce dernier sensible durant plusieurs heures voire plusieurs jours. Bien que bénigne, une crampe essentielle qui affecte volontiers les sujets âgés, les sportifs et les femmes enceintes peut être hyperalgique, perturber le sommeil et altérer la qualité de vie.

Diagnostic Clinique à l'interrogatoire d'un sujet qui rapporte sa survenue volontiers nocturne ou à l'effort (crampe du sportif), dans un muscle fléchisseur, souvent le mollet, le carré plantaire ou les adducteurs. En dehors des crises, l'examen est normal mais doit rechercher les signes éventuels des crampes symptomatiques d'une rare affection sous-jacente : neurologique (myopathie, sclérose en plaques, polynévrite, souffrance radiculaire, *etc.*), endocrinienne (dysthyroïdie, insuffisance surrénalienne), métabolique (insuffisance rénale, troubles ioniques), varices.

Objectif thérapeutique Réduire la fréquence des récidives et apprendre au sujet à étirer le(s) muscle(s) concerné(s) *(stretching)*, en cas de crise mais également de façon régulière.

PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher des médicaments susceptibles d'induire des crampes :* fibrates, statines, bêtabloquants, bêtamimétiques, bromocriptine, corticoïdes, diurétiques, laxatifs, nifédipine, tolcapone.
- *Rechercher des contre-indications à la quinine :* myasthénie, troubles de la conduction intracardiaque, grossesse et allaitement.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- Pratiquer de façon quotidienne une *séance d'étirements passifs* de 5 à 10 minutes du groupe musculaire concerné. Les étirements doivent toujours être pratiqués de manière progressive et sans douleur. (Il est nécessaire de montrer concrètement au patient comment réaliser cette manœuvre. Par exemple pour les crampes du mollet : se tenir debout face à un mur situé à un mètre et se pencher en avant pour faire reposer les mains au mur sans décoller les talons du sol.)
- Ce n'est qu'en cas d'échec de cette pratique préventive régulière associée aux conseils hygiénodiététiques et si les crampes sont fréquentes et sévères que peut être prescrit : **quinine 120 mg + thiamine 32 mg**, 1 cp le soir pour une durée maximale de trois mois. *NB : en raison d'effets indésirables potentiellement graves (allergiques, cardiaques et hématologiques), la FDA n'autorise plus son usage dans cette indication.*

Règles hygiénodiététiques

- Assurer une hydratation régulière, particulièrement en cas de fortes chaleurs. Les jus de fruits frais sont recommandés.
- Privilégier les aliments riches en magnésium pour les sportifs et les femmes enceintes (germe de soja, riz, pain complet, noix, bananes, etc.).
- Réduire les prises d'alcool, de café et de thé qui constituent des facteurs favorisants.
- Éviter les positions de raccourcissement musculaire extrême (pieds tendus, etc.).

Situations particulières

• *Chez le sportif*, la prévention des crampes nécessite un échauffement régulier, des étirements systématiques après l'effort, un apport complémentaire de **sel** (NaCl) en cas d'effort prolongé, un régime riche en **potassium** et en **magnésium**.

• *La « crampe » de l'écrivain n'est pas une crampe* mais une dystonie segmentaire qui affecte le membre supérieur dominant et plus particulièrement les muscles du poignet et des doigts. Elle relève de **myorelaxants**, d'une **rééducation** et parfois d'**injections de toxine botulinique**.

SURVEILLANCE

• Dans un premier temps, contrôle de la pratique régulière et correcte des étirements et du suivi des consignes diététiques.

• Après une prescription de quinine :
– s'assurer de l'absence de réactions d'hypersensibilité : prurit, érythème, purpura, photosensibilisation, malaise → arrêt immédiat et définitif ;
– ne pas dépasser la dose prescrite et éviter les boissons riches en quinine (Schweppes®, Canada Dry®, *etc.*) ;
– recherche d'effets indésirables : acouphènes, vertiges, troubles de la vision, céphalées, hypoacousie → arrêt immédiat et définitif ;
– arrêt du traitement en l'absence de bénéfice après quatre semaines.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

C

Crohn (maladie de)

RAPPELS

Affection inflammatoire chronique, de cause inconnue, qui peut atteindre tous les segments du tube digestif, mais le plus souvent l'iléon et le côlon (atteinte iléocaecale) et, à un moindre degré, la région anale.

Diagnostic Devant des situations cliniques variées : diarrhée prolongée, lésions proctologiques (fissures multiples et/ou de siège atypique, abcès récidivants, fistules complexes et/ou récidivantes), douleurs abdominales inexpliquées (fosse iliaque droite notamment), associées à une altération de l'état général, des signes extradigestifs (érythème noueux, douleurs articulaires, uvéite), à un syndrome inflammatoire, une anémie, une malabsorption. L'évolution s'effectue le plus souvent par poussées, séparées de rémissions plus ou moins longues. Les complications sont fréquentes : occlusions, sténoses, fistules, abcès et perforations, hémorragies, colite aiguë grave. À long terme, le risque de cancer colique ou de l'intestin grêle est plus élevé.

Objectif thérapeutique Régression des poussées et prévention des récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications :*
– corticoïdes : ATCD de troubles psychiques sévères sous corticoïdes, viroses en évolution (herpes, varicelle, zona), états infectieux non contrôlés ;
– azathioprine : hypersensibilité connue à l'azathioprine ou à la 6-mercaptopurine, allopurinol, allaitement.

• *Recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : diabète, ATCD d'ulcère digestif, d'ostéoporose, de tuberculose.

• *Recherche d'associations déconseillées :*
– corticoïdes : aspirine > 1 g/24 h (accroissement du risque hémorragique) ; vaccins vivants ;
– azathioprine : phénytoïne (risque de convulsions par diminution de l'absorption), allopurinol (insuffisance médullaire éventuellement grave) et fosphénytoïne (inducteurs enzymatiques → perte d'efficacité).

• *Recherche d'associations à prendre en compte :*
– corticoïdes : autres médicaments hypokaliémiants, anticoagulants oraux, inducteurs enzymatiques, digitaliques ;
– azathioprine : mésalazine, olsalazine ou sulfasalazine (risque de majoration de l'effet myélosuppresseur de l'azathioprine ou de la 6-mercaptopurine).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la poussée

• **Prednisone** en une seule prise au petit déjeuner :
– 0,80 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,60 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,40 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,30 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,20 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,10 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– puis arrêt avec maintien du traitement de fond.

• **Azathioprine 50 mg :** 2 à 2,5 mg/kg/j (sans dépasser 150 mg/j).

• **Calcium (1 000 mg) + vitamine D3 (880 UI) :** 1 sachet par jour dans un grand verre d'eau en dehors des repas, durant toute la durée du traitement corticoïde.

Règles hygiénodiététiques

• Régime hyposodé standard (4 g de sel/j, soit 1 600 mg de sodium).

• Suppression des sucres d'absorption rapide (sucre pur, confitures, sodas, gâteaux).

• Régime riche en protéines et en calcium.

• Ne pas accroître l'apport calorique (risque de prise de poids).

• Activité physique régulière pour lutter contre le risque d'atrophie musculaire.

• Chez tous les patients, il faut obtenir l'arrêt du tabac qui aggrave l'évolution.

Situations particulières

• *Ostéoporose :* chez les femmes ménopausées et les hommes à risque élevé de fractures, adjonction d'un traitement préventif de l'ostéoporose par vitamine D et diphosphonate :
– **vitamine D3 :** une ampoule de 100 000 UI, à renouveler à 3 reprises à une semaine d'intervalle.
– **acide zolédronique :** une perfusion IV de 5 mg en 15 minutes, 1 fois/an, précédée d'une ampoule de vitamine D3 100 000 UI.

• *Diabète :* surveillance plus étroite de l'équilibre glycémique et renforcement du traitement oral ou passage à l'insuline si nécessaire.

• *Antécédent d'ulcère digestif* (gastroscopie et traitement antisécrétoire) : **oméprazole 20**, 1 cp/j en l'absence de lésion ; 2 cp/j pendant 6 semaines en cas d'ulcère puis 1 cp/j en entretien.

• *Formes sévères :* lorsque la maladie est corticodépendante ou corticorésistante, on peut avoir recours au méthotrexate. En cas d'échec des immunosuppresseurs, l'administration régulière d'anticorps anti-TNF-alpha est justifiée sous contrôle spécialisé.

• *Formes compliquées :* les interventions chirurgicales sont réservées aux complications (perforation, sténose ou fistule, hémorragie grave) et rarement à l'absence de contrôle de la maladie par les traitements médicaux. En effet, l'exérèse des segments atteints ne met pas à l'abri des récidives.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement corticoïde : disparition en 48 à 72 heures des manifestations cliniques et normalisation progressive du syndrome inflammatoire.

• Des effets indésirables engendrés par l'hypercorticisme : HTA, surpoids, œdèmes, hypokaliémie (contrôle à J7), diabète, amyotrophie,

ostéoporose, cataracte, syndrome cushingoïde, excitation, insomnie, infections, acné, glaucome, purpura, ulcère digestif.

• L'azathioprine nécessite une surveillance hebdomadaire de l'hémogramme au cours des huit premières semaines de traitement, notamment en cas de forte posologie et chez les patients insuffisants rénaux ou hépatiques. Cette surveillance devra être maintenue à intervalles réguliers au cours du traitement, au moins tous les 3 mois. Les patients doivent contacter immédiatement le médecin en cas de fièvre (infections opportunistes), d'angine, d'hématomes ou de saignements inexpliqués.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

Cystite aiguë simple

RAPPELS

Bien distinguer la cystite aiguë simple et les cystites à risque de complication (cf. fiche « Infection urinaire – Généralités »).

Diagnostic Clinique devant des brûlures et des douleurs à la miction, une pollakiurie et des mictions impérieuses. La présence des 2 premiers signes en l'absence de prurit et de pertes vaginales donne une probabilité de cystite > 90 %. L'absence de fièvre et de douleurs lombaires sont des signes négatifs. L'hématurie, présente dans 30 % des cas, n'est pas un signe de gravité. Une bandelette urinaire est recommandée mais dans le cadre de la cystite aiguë simple, aucun autre examen complémentaire n'est utile.

Objectif thérapeutique Calmer la douleur, prévenir les complications et guérir l'infection.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une contre-indication à la fosfomycine* : allergie connue, insuffisance rénale sévère (ClCr < 10 mL/min), grossesse et allaitement (utilisation déconseillée).
- *Rechercher une contre-indication aux fluoroquinolones* : allergie connue, ATCD de tendinopathie, déficit en G6PD, grossesse et allaitement, croissance non terminée. L'exposition solaire ou aux UV est contre-indiquée durant le traitement.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Un traitement probabiliste est recommandé (Tableau 1) : **fosfomycine-trométamol**, 1 sachet de 3 g à jeun en une prise unique en première intention.
La patiente doit être informée que les symptômes peuvent persister pendant 48 à 72 h après le début du traitement en cas de traitement monodose.
NB : les quinolones de 1re génération (acide pipémidique, acide nalidixique) n'ont plus de place dans le traitement des infections urinaires. Les quinolones de deuxième génération doivent être préservées.

Tableau 1 – Traitement probabiliste d'une cystite aiguë simple.

Classe antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
Dérivé de l'acide fosfonique	Fosfomycine-trométamol	3 g PO × 1/j	1 jour (monodose)
Apparentés aux β-lactamines	Pivmécillinam	400 mg PO × 2/j	5 jours
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 mg PO × 1/j	1 jour (monodose)
	Ofloxacine	400 mg PO × 1/j	1 jour (monodose)

SURVEILLANCE

Un ECBU ou une bandelette urinaire post-traitement ne sont pas recommandées mais en cas d'évolution défavorable (en pratique après 72 h), on fera une réévaluation avec ECBU et antibiogramme.

C

Cystite aiguë à risque de complication

RAPPELS

Bien distinguer la cystite aiguë simple et les cystites à risque de complication (*cf.* fiche « Infection urinaire de l'adulte : généralités »).

Diagnostic D'infection urinaire (IU), survenant chez une femme présentant des facteurs de risque de complication : anomalie organique ou fonctionnelle urinaire (reflux, lithiase, résidu, tumeur, etc.); pathologie associée (insuffisance rénale sévère, immunodépression, etc.); terrain particulier : grossesse, sujet âgé avec comorbidité ou critères de fragilité (perte de poids, marche lente, faible endurance, activité physique réduite).
En l'absence de comorbidité, la cystite de la femme > 65 ans est à considérer comme une IU simple. Chez l'homme, la « cystite » est une prostatite (*cf.* fiche thérapeutique correspondante).
Un ECBU orienté par la BU sera systématiquement réalisé.

Objectif thérapeutique Calmer la douleur, prévenir les complications et guérir l'infection.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une allergie aux céphalosporines.*
- *Rechercher une insuffisance rénale sévère* (ClCr < 20 mL/min) : réduire la posologie de moitié.

PRESCRIPTIONS

Contrairement aux autres IU, le principe est de différer l'antibiothérapie, si la clinique le permet, pour l'adapter d'emblée aux résultats de l'antibiogramme. Si le traitement ne peut pas être retardé dans l'attente des résultats de l'antibiogramme, un traitement probabiliste est possible mais une réévaluation clinique et microbiologique est nécessaire à l'obtention de l'antibiogramme.
Les traitements en dose unique et les traitements courts ne doivent pas être utilisés.

Ordonnance

Si l'état de la patiente nécessite d'instaurer un traitement en urgence probabiliste, on utilisera en première intention la **nitrofurantoïne**, puis le **céfixime** et les **fluoroquinolones** en dernière intention.
La durée totale de traitement est d'au moins 5 jours, voire 7 jours pour la nitrofurantoïne. Les quinolones de 1re génération (acide pipémidique, acide nalidixique) ne sont pas recommandées, même si la bactérie apparaît comme sensible à l'antibiogramme. Par ailleurs, les fluoroquinolones ne devraient pas être prescrites si l'antibiogramme révèle une résistance aux quinolones de 1re génération car cela constitue souvent un risque de sélection d'un mutant de haut niveau de résistance. *Cf.* Tableau 1.

Tableau 1 – **Traitement probabiliste d'une cystite aiguë compliquée.**

Classe antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
Nitrofuranes	Nitrofurantoïne	100 mg PO x 3/j	7 jours
Céphalosporines	Céfixime	200 mg PO x 2/j	5 jours
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 mg PO x 2/j	5 jours
	Ofloxacine	200 mg PO x 2/j	5 jours

Situations particulières

- L'utilisation de **nitrofurantoïne** peut être envisagée en traitement probabiliste.
En revanche, la nitrofurantoïne ne doit plus être utilisée en traitement prophylactique des infections urinaires récidivantes (traitements continus ou intermittents).
Par ailleurs, en raison du risque potentiel grave immunoallergique, les traitements répétés doivent être évités.
- Après obtention de l'antibiogramme, un traitement de relais doit être mis en place si nécessaire (Tableau 2).

Tableau 2 – **Traitement de relais possible après obtention de l'antibiogramme de la cystite aiguë compliquée.**

Antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
Pénicilline	Amoxicilline	1 g PO x 3/j	7 jours
	Amoxicilline-acide clavulanique	1 g PO x 3/j	7 jours
Sulfamide + triméthoprime	Sulfaméthoxazole-triméthoprime SMX 800 mg + TMP 160 mg)	1 cp PO x 2/j	5 jours

NOTES PERSONNELLES

......

......

......

......

......

Dépression réactionnelle

RAPPELS

Le trouble dépressif caractérisé est le trouble psychiatrique le plus fréquent (prévalence sur la vie entière : 9 % chez l'homme et 16 % chez la femme). Il multiplie par 30 le risque suicidaire et 10 % des personnes déprimées décèdent par suicide.

Diagnostic Devant un tableau associant de manière variable une humeur dépressive (tristesse, anhédonie, vision pessimiste de l'avenir, dévalorisation), une idéation dépressive (culpabilité, honte, regrets), des troubles du comportement (mutisme et attitude figée, ralentissement moteur et idéique ou au contraire agitation et déambulation, insomnie), une anxiété diffuse et parfois des idées suicidaires. Le tableau doit être installé depuis au moins 6 semaines.

La recherche du cadre nosologique est importante. Repérer une étiologie iatrogène (corticothérapie et/ou interféron) ou médicale générale (lésions cérébrales, dysfonctionnements thyroïdiens ou surrénaliens, maladies de système, hémopathies, carcinomes).

Objectif thérapeutique Amélioration thymique et prévention du risque suicidaire.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications :* épisode maniaque.
- *Recherche de terrains à risque :* sujets < 18 ans ou > 65 ans, insuffisance hépatique (réduire la posologie de 50 %), insuffisance rénale (posologies usuelles avec surveillance), grossesse, comitialité, diabète, risque suicidaire (risque de levée d'inhibition).
- *Recherche d'associations contre-indiquées :* IMAO, linézolide, triptans, pimozide, métoprolol, médicaments allongeant l'espace QT.
- *Recherche d'associations déconseillées :* imipraminiques, méthadone, antipsychotiques, diurétiques, millepertuis, lithium, AVK, carbamazépine, tramadol.
- *Bilan préthérapeutique :* ISRS → ionogramme (surveillance de la natrémie si sujet à risque). Acide valproïque → transaminases, NFS, bilan de coagulation et temps de saignement.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Paroxétine 20 mg :** ½ cp le matin pendant 7 jours puis 1 cp/j si bonne tolérance.

ou

- **Escitalopram 10 mg :** ½ cp/j pendant 7 jours puis 1 cp/j si bonne tolérance.

Le traitement est prescrit jusqu'à stabilisation de l'humeur avec période de consolidation d'au moins 3 mois. Le sevrage doit être progressif.

Règles hygiénodiététiques

- Régularité de la prise médicamenteuse.
- Exercice physique et rythme de vie régulier.
- Consommation d'alcool fortement déconseillée.
- Régime alimentaire équilibré.
- Surveillance du sommeil.

Situations particulières

- *En cas de trouble bipolaire,* éviter la prescription d'antidépresseurs qui majorent le risque de cycles rapides : **divalproate de sodium 500 mg**, 1 cp/j puis augmenter très progressivement jusqu'à 1 000 voire 2 500 mg/j (posologie maximale) en deux prises. Surveillance de la NFS, des transaminases, du bilan de coagulation et du temps de saignement à 15 jours puis des transaminases tous les 6 mois.
- *En cas de symptômes psychotiques associés :* **quétiapine LP 300**, 300 à 600 mg/j le soir.

Situations particulières (suite)

- *En cas d'algies associées :* **duloxétine 60 mg**, 1 gél./j. Surveillance mensuelle de la fonction hépatique durant les premiers mois.
- *En cas d'urgence* (mélancolie, catatonie) *ou de symptomatologie incontrôlée avec risque suicidaire majeur :* **électroconvulsivothérapie** à discuter en milieu spécialisé.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : amélioration des symptômes (sous 3 à 10 semaines chez 95 % des patients), stabilité thymique.
- De la tolérance : troubles de la libido, virage maniaque, risque suicidaire (levée d'inhibition), perte ou gain de poids, tremblements, troubles digestifs, hyponatrémie, asthénie, hyperonirisme.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Psychothérapie de soutien, relaxation, adaptation du rythme de vie (lutte contre les facteurs de risque), prise en charge d'un éventuel trouble de la personnalité.
- Thérapie cognitivo-comportementale : modifier les schémas cognitifs négatifs qui favorisent les rechutes.

Dermatite atopique

RAPPELS

Dermatose inflammatoire chronique, évoluant par poussées, chez des sujets présentant une prédisposition génétique au développement d'affections atopiques : eczéma, asthme, rhinoconjonctivite allergique.

Diagnostic Clinique devant des lésions généralement symétriques et prurigineuses avec une xérose (peau sèche) :
– chez le nourrisson : lésions inflammatoires suintantes avec une évolution plus ou moins croûteuse, siégeant préférentiellement sur les zones de convexités (visage – respect de la région centro-faciale –, zones d'extension des membres) ;
– chez l'enfant de plus de 2 ans et l'adolescent : lésions plus sèches, siégeant aux plis de flexion (plis du coude, creux poplités) et aux extrémités (poignets, mains, chevilles). La lichénification (épaississement de la peau) apparaît progressivement.

Objectif thérapeutique Contrôler l'inflammation (dermocorticoïdes) et lutter contre la sécheresse cutanée (émollients).

→ *L'éducation du patient ou de ses parents à une utilisation optimale des médicaments est importante.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une cassure de la courbe staturopondérale chez l'enfant ou des signes évocateurs d'allergie alimentaire ou respiratoire*

(*urticaire, asthme*) qui justifieraient une consultation spécialisée et la réalisation de tests allergologiques.

• *Éducation thérapeutique des parents* et lutter contre la « corticophobie ». Vaincre la réticence d'application. Expliquer la gêne liée au prurit ressentie par le nourrisson (agitation, pleurs, troubles du sommeil). Appliquer des quantités de dermocorticoïdes plus importantes et moins longtemps (améliore l'efficacité du traitement).

• Reprendre sans attendre les dermocorticoïdes lors des rechutes qui sont inéluctables. Expliquer que les effets secondaires sont rares quand la prescription est bien suivie.

• Laisser une « liberté » quant à l'application des dermocorticoïdes. La décroissance progressive est d'usage pour limiter un effet rebond mais aucune étude n'a prouvé le bien-fondé de cette pratique.

• *Former les parents aux signes de surinfection* bactérienne (pustules, croûtes jaunâtres et adénopathies) ou virale (présence de vésiculopustules plus ou moins hémorragiques ou nécrotiques pouvant être accompagnées de signes généraux) nécessitant une consultation urgente.

• Rassurer les parents quant à l'évolution : guérison le plus souvent avant l'âge de 4 ans (70 %) et avant 10 ans dans 90 % des cas. Seuls 2 % des cas se prolongent à l'âge adulte.

• *Rechercher une contre-indication aux corticoïdes topiques* : infection cutanée, lésions ulcérées, acné.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Préparation magistrale (ou autre crème émolliente) :
– **glycérolé d'amidon :** 30 g ;
– **Cold cream® fluide/lait :** QSP 300 mL ; 1 application le soir à la sortie du bain sur l'ensemble du corps ; 1 pot/15 jours (ou /mois) ; QSP 6 mois.

• **Fluticasone propionate crème à 0,05 % :** appliquer 1 seule fois/j (à distance de l'application de l'émollient) jusqu'à amélioration des lésions cutanées (entre 5 et 8 jours). 3 tubes pour 6 mois, soit 45 mg, pour un nourrisson de moins d'1 an ; 6 tubes pour 6 mois, soit 90 mg, pour un enfant d'1 an et plus. Compter le nombre de tubes utilisés.
Pas d'application sur les paupières (risque de glaucome).

• L'application de fluticasone et celle des émollients doivent être séparées d'au moins 2 h.

Règles hygiénodiététiques

• **Bains toutes les 48 heures chez le nourrisson** pour éliminer les croûtes, en utilisant une eau tiède (33 à 35 °C) et un **Syndet liquide** (*synthetic detergent* : produit de toilette non détergent).

• Poursuite des émollients même en l'absence de poussée d'eczéma.

• **Éviction des facteurs irritants :** chaleur, laine, *etc.* Conseiller le port de vêtements en coton, en soie ou en polyester à fibres fines.

• **Ne pas retarder la diversification alimentaire (entre 4 et 6 mois).** Les œufs, le poisson, les aliments contenant de l'huile d'arachide, les fruits exotiques seront introduits aux alentours de 10 mois. Les laits dits « hypoallergéniques » n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

• Appliquer normalement le calendrier vaccinal.

Situations particulières

Le bénéfice clinique de l'éviction des pneumallergènes domestiques n'est pas clairement établi.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : régression des lésions cutanées et des signes fonctionnels.
- *Évaluer la consommation de dermocorticoïdes en comptant le nombre de tubes.* Pour éviter les excès, il est possible de fixer avec les parents un nombre de tubes maximal à utiliser par période de 6 mois : 45 mg, soit 3 tubes chez le nourrisson, et 90 mg, soit 6 tubes chez l'enfant de plus d'1 an.
- De la tolérance des dermocorticoïdes et de l'apparition d'effets secondaires éventuels : atrophie cutanée, télangiectasies, vergetures (à la racine des membres notamment, et survenant plus volontiers en période péripubertaire), dermite périorale. Les effets généraux sont exceptionnels : freinage de l'axe corticotrope et retard de croissance.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

Dermatophytie de la peau glabre

RAPPELS

Liée le plus souvent à des champignons zoophiles tels que *Microsporon canis*, qui s'acquièrent par contact avec un animal à poils (chat, lapin, hamster, etc.), lui-même contaminé.

Diagnostic Clinique devant des lésions arrondies ou arciformes à extension centrifuge et guérison centrale, à bordures érythématosquameuses et vésiculeuses. Un diagnostic mycologique est recommandé avant le début de tout traitement antifungique.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher un antécédent d'effets secondaires sous terbinafine, rechercher une anomalie du bilan hépatique et prévenir le patient qu'il doit arrêter immédiatement le traitement et consulter en cas de survenue d'une éruption cutanée.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- *Lésions peu étendues* : **bifonazole 1 % crème** ou **omoconazole 1 % crème**, 1 application le soir sur les lésions pendant 6 à 8 semaines. Éviter le contact avec les yeux.
- *Lésions étendues, multiples ou folliculaires* :

– adulte : **terbinafine**, 1 cp à 250 mg/j, 2 à 4 semaines ;
– enfants : **griséofulvine**, 20 mg/kg/j en 2 prises, à prendre avec un aliment gras (lait non écrémé par exemple) pendant 4 semaines. En cas de persistance des lésions, le traitement peut être prolongé jusqu'à 8 semaines (**surveillance de la numération formule sanguine à un mois**).
Chez les enfants de moins de 6 ans, broyer finement les comprimés.

Mesure associée

Dépistage et traitements des animaux sources pour éviter les récidives.

SURVEILLANCE

Recherchez les effets indésirables de la terbinafine : **bilan hépatique, rénal et hématologique** préalable puis mensuel. Arrêter le traitement et consulter en cas de fièvre, angine, infection, lésions cutanées, urines foncées.

D

Dermatophytie unguéale, plantaire, interorteil, inguinale

RAPPELS

e le plus souvent au champignon anthropophile *Trichophyton rubrum* de contamination interhumaine, l'intertrigo interorteils à dermatophytes touche jusqu'à 15 % de la population. Il peut s'associer à une atteinte plantaire et/ou unguéale source de récidive. Une atteinte inguinale peut également être associée.

Diagnostic Devant des lésions sèches ou suintantes, plus ou moins fissurées, touchant le plus souvent les 3e et 4e espaces interorteils. L'atteinte plantaire se caractérise par un aspect squameux d'une ou des deux plantes avec un aspect blanchâtre des plis. Les ongles de pieds atteints présentent une hyperkératose sous-unguéale et une onycholyse débutant sur la partie distale et latérale de l'ongle et s'étendant progressivement à la totalité de l'ongle jusqu'à sa base (atteinte matricielle). Si un traitement par voie systémique est envisagé pour une atteinte plantaire et/ou unguéale, la présence d'un champignon pathogène doit être confirmée au préalable par un examen mycologique.

Objectif thérapeutique Guérir les lésions d'intertrigo et prévenir les récidives notamment dans le cadre de la prévention des érysipèles récidivants.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *En raison des effets secondaires graves* (exceptionnels) et d'une efficacité inconstante, le traitement par terbinafine par voie orale ne sera proposé qu'en cas de facteur de risque (antécédents d'érysipèle, diabète, artériopathie des membres inférieurs) ou en cas de gêne importante pour le patient.
- *Rechercher un antécédent d'effets secondaires sous terbinafine*, rechercher une anomalie du bilan hépatique et prévenir le patient qu'il doit arrêter immédiatement le traitement et consulter en cas de survenue d'une éruption cutanée.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas d'intertrigo interorteil ou inguinal

Bifonazole 1 % crème ou **omoconazole 1 % crème** : 1 application le soir sur les lésions pendant 4 semaines. Éviter le contact avec les yeux.

Ordonnance en cas de dermatophytie plantaire

Terbinafine : 1 cp à 250 mg/j pendant 2 à 4 semaines.

Ordonnance en cas d'onychomycose

- *Si atteinte distale ou latérale isolée affectant moins de 4 ongles :*

– **bifonazole 1 % + urée 40 % pommade :** appliquer une fois par jour la quantité nécessaire pour recouvrir tout l'ongle infecté. Maintenir en place sous pansement occlusif pendant 24 heures. Avant chaque renouvellement, baigner l'ongle dans l'eau chaude et éliminer la partie ramollie à l'aide du grattoir. Renouveler ainsi jusqu'à élimination complète de l'ongle pathologique. Selon l'étendue de l'atteinte et l'épaisseur de l'ongle, 1 à 3 semaines de traitement sont nécessaires. Puis **bifonazol 1 % crème :** une fois la partie malade éliminée, appliquer la crème sur le lit de l'ongle jusqu'à la repousse, ou

– **amorolfine solution filmogène :** appliquer une fois par semaine ;

– **ciclopirox 8 % solution filmogène :** appliquer une fois par jour, de préférence le soir, une fine couche sur l'ensemble du plateau unguéal de tous les ongles infectés. Auparavant, il est recommandé d'ôter les parties libres des ongles malades en utilisant un coupe-ongles ou une lime. Une fois par semaine, pendant toute la durée du traitement, l'utilisation d'une solution dissolvante permet d'enlever la couche filmogène qui pourrait nuire à la pénétration du principe

Ordonnance en cas d'onychomycose (suite)

actif. Le traitement doit se poursuivre jusqu'à guérison clinique et repousse de l'ongle sain (habituellement entre 3 [onychomycose des doigts] et 6 mois [onychomycose des orteils]).

- *Si atteinte matricielle ou distale de plus de 4 ongles :*

– **terbinafine :** 1 cp à 250 mg/j pendant 6 mois ;
– **ciclopirox 8 % solution filmogène :** cf. modalités de prescription ci-dessus.

Règles hygiénodiététiques

- Toilette au savon doux puis bien sécher les pieds et les espaces interorteils.
- Éviter les recontaminations à partir notamment des chaussures, des tapis de bains, *etc.*

SURVEILLANCE

Rechercher les effets indésirables de la terbinafine : **bilan hépatique, rénal et hématologique** préalable puis mensuel. Arrêter le traitement et consulter en cas de fièvre, angine, infection, lésions cutanées, urines foncées.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

Dermatose du siège chez le nourrisson

RAPPELS

Pathologies fréquentes et souvent transitoires, les dermatoses du siège correspondent à deux situations cliniques.

Diagnostic

- Dermatite des convexités dessinant un « W » : l'étiologie la plus fréquente est la dermatite d'irritation située sur les zones de frottement des langes à distance des plis survenant chez le nourrisson entre 0 et 12 mois. La peau est vernissée, érythémateuse, les localisations sont les cuisses, les fesses, le scrotum ou les grandes lèvres. L'irritation du siège est directement liée au temps de contact de l'urine avec la peau.
- Dermatite des plis : il existe les dermites périorificielles (érythème périanal au cours d'une diarrhée, *etc.*) et les intertrigos microbiens ou candidosiques. Au moindre doute, des prélèvements doivent être réalisés.

Objectif thérapeutique Soulager l'inconfort du nourrisson et cicatriser les lésions.

➡ *Les règles d'hygiène et l'éducation des parents sont tout à fait essentielles à titre curatif et préventif.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Éliminer une dermatose infectée : papules et érosions.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Dexpanthénol 5 % pommade : 1 application après chaque change jusqu'à guérison. Éviter tout contact avec les yeux.

Règles hygiénodiététiques

- **Augmenter la fréquence des changes.** Nettoyage à l'eau tiède, sécher en tamponnant. Maintenir le siège à l'air quand cela est possible.
- Arrêter l'utilisation éventuelle des cosmétiques (laits nettoyants, crèmes parfumées).
- Pas de dermocorticoïdes dont l'occlusion (langes) augmenterait l'absorption.

Situations particulières

Une dermatose du siège résistant au traitement bien conduit doit faire rechercher des causes plus rares et adresser le patient à une consultation spécialisée.

SURVEILLANCE

- De l'évolution favorable locale en quelques jours et de l'absence d'intolérance. Le dexpanthénol contient de la lanoline (graisse de laine) et peut provoquer des réactions cutanées (eczéma par exemple).
- *L'érythrodermie desquamative de Leiner-Moussous* touchant le nourrisson avant l'âge de 6 mois doit être envisagée devant une extension de l'érythème sur l'ensemble du corps avec une desquamation. Cette pathologie rare liée à une levure du genre *Malassezia* évolue spontanément de façon favorable et sans cicatrices.

Dermite séborrhéique de l'adulte

RAPPELS

Dermatose chronique fréquente, en particulier chez l'homme de 20 à 40 ans, évoluant par poussées et touchant principalement le cuir chevelu et le visage.

Diagnostic Clinique devant la présence de plaques érythémateuses recouvertes de squames grasses situées dans les sillons nasolabiaux, les sourcils et à la limite front-cuir chevelu et/ou de squames du cuir chevelu (« pellicules grasses »). Une plaque présternale arrondie peut également être observée, de même qu'une atteinte des conduits auditifs externes et de la zone génitale. Les lésions du cuir chevelu peuvent être prurigineuses. Les patients rapportent une évolution chronique par poussées. Le principal diagnostic différentiel est le psoriasis.

Objectif thérapeutique Réduire les symptômes et la durée d'évolution d'une poussée (traitement d'attaque) et diminuer la fréquence des poussées (traitement d'entretien). Ces objectifs, le caractère non curatif du traitement, ainsi que l'évolution chronique de la maladie doivent être expliqués au patient.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher *les contre-indications aux corticoïdes topiques* : infection cutanée, lésions ulcérées, acné.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Sur le cuir chevelu : **shampooing kétoconazole à 2 %** ou **shampooing de ciclopiroxolamine,** 2 à 3 fois/semaine pendant un mois en traitement d'attaque puis 1 fois/semaine en traitement d'entretien.
Laisser agir le shampooing 5 minutes avant de rincer.

• Sur les lésions du visage ou du torse : **ciclopiroxolamine 1 % crème** ou **kétoconazole 2 % crème**, 2 fois/j au moment des poussées et 1 fois/j ou 1 jour sur 2 en traitement d'entretien.

Règles hygiénodiététiques

Soins de peau à maintenir au long cours :
– toilette du visage avec un savon sans savon : **pain dermatologique** ou **Syndet** *(synthetic detergent)* ou une **eau micellaire** ;
– crème émolliente sur le visage : application le matin sur les zones atteintes.

Situations particulières

En cas de poussée très inflammatoire, un corticoïde local de niveau II peut être prescrit les 2 ou 3 premiers jours puis relayé par une crème antifungique :
– **désonide 0,05 % ou 0,1 % crème :** 1 application le soir sur le visage pendant 2 à 3 jours.
– **hydrocortisone 17-butyrate 0,1 % micronisée émulsion :** appliquer sur le cuir chevelu pendant 4 à 5 jours.
Ce traitement ne doit pas être répété et doit rester réservé à des poussées importantes en raison des risques d'effets secondaires locaux liés à l'application de dermocorticoïdes sur le visage (en particulier survenue d'une rosacée).

Diabète de type 2

RAPPELS

Le diabète sucré est une maladie chronique dont la prévalence, qui s'accroît avec l'âge, est d'environ 5 %. Caractérisé par une hyperglycémie, il favorise les infections et entraîne des complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie, neuropathie) et macrovasculaires (infarctus du myocarde, AVC, artériopathies périphériques), responsables d'une mortalité précoce. Le diabète de type 2, le plus fréquent (90 %), survient généralement après 40 ans chez des sujets sédentaires et en surpoids. Il associe une insulinorésistance et un défaut d'insulinosécrétion.

Diagnostic Établi par :
– une glycémie supérieure à 1,26 g/L (7,0 mmol/L) après un jeûne de 8 heures, contrôlée à deux reprises ;
– ou des symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associés à une glycémie > 2 g/L (11,1 mmol/L).

Objectif thérapeutique

• À terme, prévenir les complications cardiovasculaires et réduire la mortalité.

• Dans l'immédiat, réduire l'hyperglycémie, ses symptômes et ses complications éventuelles.

• *Le contrôle glycémique doit être individualisé selon les patients. Généralement, une cible d'HbA1c ≤ 7 % est recommandée (≤ 6,5 % si diabète récent chez sujet jeune, sans ATCD CV).*

➡ *La metformine constitue le médicament de référence après la mise en place de mesures hygiénodiététiques, l'ensemble nécessitant une éducation thérapeutique.*

➡ *L'adjonction de sulfamides hypoglycémiants, d'inhibiteurs des alphaglucosidases ou de la DDP-4, de glinides voire d'une insulinothérapie doit être envisagée si l'objectif glycémique n'est pas atteint.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher un diabète secondaire* : diabète MODY chez un sujet jeune, hémochromatose, pancréatite chronique, corticothérapie, cirrhose du foie.

• *Mettre en place des mesures hygiénodiététiques* (cf. paragraphe suivant) qui sont susceptibles à elles seules de contrôler le trouble métabolique.

• *Rechercher des complications précoces de la maladie et/ou une dyslipidémie associée* : bilan ophtalmologique, cardiovasculaire et rénal. La fonction rénale conditionne les possibilités thérapeutiques et les adaptations nécessaires.

• *Rechercher des contre-indications :*
– metformine et sulfamides : acidocétose diabétique, insuffisance rénale sévère (ClCr < 30 mL/min) ou affections aiguës susceptibles d'altérer la fonction rénale (déshydratation, choc, insuffisance cardiaque, etc.), insuffisance hépatocellulaire ;
– sulfamides : porphyries, miconazole (hypoglycémies) ;
– inhibiteurs des alphaglucosidases : maladie chronique du tube digestif ;
– inhibiteurs de la DPP-4 : insuffisance cardiaque, pathologie hépatique ;
– glinides : inhibiteurs et inducteurs enzymatiques, insuffisance hépatique.

• *Rechercher des situations à risques ou des associations déconseillées* : alcoolisme, grossesse et allaitement (préférer l'insulinothérapie), corticoïdes, danazol (diabétogène), kétotifène. Sulfamides : déficit en G6PD.

• *Recherche d'associations à utiliser avec précautions* : diurétiques, neuroleptiques. Sulfamides : allopurinol, AVK, bêtabloquants, fluconazole, IEC (majoration de l'effet), clarithromycine et érythromycine (hypoglycémie), analogues de la somatostatine. Glinides : AINS, bêtabloquants, IEC, IMAO, trimétoprime, alcool.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en première intention, si les mesures hygiénodiététiques sont insuffisantes

Metformine 500 ou 1 000 mg : posologie initiale de 500 mg 2 à 3 fois/j au cours des repas, adaptée après 15 jours en fonction de la glycémie ; une augmentation progressive peut permettre d'améliorer la tolérance gastro-intestinale. La dose maximale est de 3 g/j en 3 prises.

NB : le traitement doit être suspendu 2 jours avant une intervention chirurgicale ou des examens d'imagerie avec un produit de contraste iodé (hydrater les patients). La nécessité d'une administration transitoire d'insuline dépend de la sévérité du diabète.

Ordonnance en deuxième intention, si l'objectif de contrôle glycémique n'est pas atteint

Adjonction en bithérapie de **metformine** (ci-dessus) + un **sulfamide hypoglycémiant : glibenclamide**, cp sécables 5 mg. Posologie initiale de 2,5 mg 2 à 3 fois/j avant les repas, adaptée après 15 jours en fonction de la glycémie. Une augmentation progressive est nécessaire avec une dose maximale de 15 mg/jour en 3 prises.

NB : le risque d'hypoglycémie, ses symptômes et son traitement ainsi que les conditions favorisantes doivent être expliqués au patient et à sa famille.

Ordonnance en troisième intention, si l'objectif glycémique n'est toujours pas atteint et si l'écart à l'objectif est inférieur à 1 % d'HbA1c

Une trithérapie avec adjonction d'un inhibiteur des alphaglucosidases ou de la DPP-4 peut être proposée :

Ordonnance en troisième intention (suite)

– **acarbose 50 mg :** débuter à dose progressive, 1 cp 3 fois/j au début des repas puis si nécessaire 100 mg 3 fois/j ;

ou :

– **metformine 1 000 + sitagliptine 50 :** 1 cp matin et soir.

Mesures hygiénodiététiques

Elles sont essentielles.

- Pratiquer une activité physique régulière d'au moins 30 minutes presque tous les jours et lutter contre la sédentarité.
- Diététique :

– éviter les aliments riches en sucre, en graisses et en calories, en particulier beurre, fromages, charcuterie, pâtisseries ;
– réduire l'apport de sucres d'absorption rapide : sodas, desserts sucrés, confiseries, alcools ;
– assurer une alimentation variée, régulière et équilibrée ;
– assurer une alimentation riche en fibres (fruits, légumes, céréales complètes) ;
– en cas de surpoids, une perte de poids est souhaitable, même modérée (5 %).

- Réduire et si possible interrompre l'exposition au tabac.
- Assurer une bonne hygiène dentaire et corporelle, en particulier au niveau des orteils.

Situations particulières et cibles d'HbA1c recommandées

- *Sujets > 75 ans fragiles (limitations fonctionnelles motrices et cognitives)* : cible ≤ 8 % (et même < 9 % si dépendance et/ou polypathologies). Si les antidiabétiques oraux ne peuvent pas être utilisés, une insulinothérapie est recommandée avec recours éventuel à une infirmière à domicile.

Ordonnance en troisième intention (suite)

• *Si ATCD de complication macrovasculaire évoluée* : cible < 8 % avec une attention particulière au risque d'hypoglycémie.

• *Si insuffisance rénale chronique :*
– *modérée (ClCr > 30 mL/min)* : cible < 7 % avec des posologies réduites et une attention aux hypoglycémies et aux interactions médicamenteuses. L'utilisation de la metformine impose un renforcement de la surveillance rénale, au moins tous les 3 mois mais aussi en cas d'événements susceptibles d'altérer la fonction rénale ;
– *sévère ou terminale (ClCr < 30 mL/min)* : cible ≤ 8 % nécessitant une prise en charge spécialisée. Les seules classes thérapeutiques autorisées sont l'insuline, le répaglinide, les inhibiteurs des alpha-glucosidases jusqu'à 25 mL/min et les inhibiteurs de la DPP-4 à posologie adaptée.

• *Patientes enceintes* : un bon contrôle glycémique est nécessaire avant et pendant la grossesse afin d'améliorer le pronostic obstétrical. Une cible < 6,5 % est recommandée avant d'envisager la grossesse puis la mise en place d'un schéma insulinique optimisé et contrôlé par des glycémies capillaires pluriquotidiennes.

SURVEILLANCE

• Initialement, s'assurer de l'amélioration des glycémies à jeun et de la bonne tolérance du traitement par metformine, essentiellement troubles digestifs mais cette molécule n'induit pas d'hypoglycémie. L'adjonction de sulfamides expose à des épisodes hypoglycémiques et à une prise de poids. L'acarbose nécessite le contrôle des transaminases.

• L'autosurveillance glycémique n'est recommandée que si elle est susceptible d'améliorer l'observance mais elle n'est pas systématique.

• Au long cours contrôle de l'adhésion aux mesures hygiénodiététiques, surveillance biologique (glycémie + HbA1c + créatininémie tous les 3 à 6 mois) et bilan annuel des complications dégénératives.

D

Diarrhée aiguë de l'adulte

RAPPELS

La diarrhée correspond à l'émission quotidienne trop fréquente de selles trop abondantes, liquides ou pâteuses. D'origine bactérienne, virale, médicamenteuse, alimentaire voire parasitaire, une diarrhée aiguë régresse habituellement en moins de 10 jours mais elle peut entraîner une altération de l'état général chez des patients à risque (sujets âgés, immunodéprimés).

Diagnostic Clinique : on parle de diarrhée lorsqu'il y a plus de trois selles molles ou liquides par jour. *Ne pas confondre avec le syndrome dysentérique qui comporte des évacuations glaireuses et sanglantes pouvant ne pas contenir de matières fécales avec habituellement des épreintes et un ténesme.*

• Recherche d'indices épidémiologiques : alimentation, antibiotiques, voyages (*turista* liée à *E. coli* entérotoxinogène, parasitose), autres pathologies associées, immunodépression, épidémies, etc.

• La présence de douleurs abdominales, de vomissements, parfois de fièvre avec déshydratation évoque une toxi-infection alimentaire (déclaration obligatoire si collective).

• Devant une diarrhée sévère associée à un traitement antibiotique, une colite à *Clostridium difficile* doit être évoquée.

• En cas de fièvre, de sang dans les selles, de persistance des symptômes > 3 jours ainsi que chez les patients à risque (dont la femme enceinte car risque de listériose), une culture de selles est indiquée.

• Une poussée aiguë d'une entéropathie inflammatoire nécessite une prise en charge spécialisée.

• Chez les sujets HIV+, des hémocultures et une recherche de parasites (*Cryptosporidium, Cyclospora, Microsporidium*) et de virus sont indiquées.

Objectif thérapeutique Réduire la diarrhée, soulager le patient et éviter d'éventuelles complications.

PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications :*
– lopéramide : dysenterie aiguë invasive, colite pseudomembraneuse post-antibiotique, hépatopathie sévère ;
– ciprofloxacine : grossesse et allaitement, tendinopathies.

• *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées :*
– ciprofloxacine : agomélatine, théophylline, ropinirole, nitrofuranes ;
– azithromycine : dérivés de l'ergot de seigle, cisapride, tacrolimus, colchicine ;
– métronidazole : disulfirame.

• *Recherche d'associations à prendre en compte :*
– lopéramide : aminosides *per os* ;
– ciprofloxacine : AVK ; topiques digestifs ;
– azithromycine : ciclosporine ;
– métronidazole : AVK, fluoro-uracile, lithium.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

En l'absence de signe de gravité (sepsis sévère, diarrhée hémorragique fébrile et/ou terrains à risque de décompensation, déshydratation), un traitement symptomatique et des mesures diététiques sont suffisants.

• ***Réhydratation orale***, quantité de liquide à ajuster selon la sévérité des diarrhées, environ 1 à 2 L/ 24 h pour 5 à 10 selles/24 h :
– thé noir/tisane sucré(e), soupes, bouillons ;
– solution de réhydratation orale (SRO) type **Alhydrate®** ou **Hydrigoz®** qui apporte 330 kcal/L, des glucides, du sodium, du potassium et des citrates (la présence de sel et de sucre est nécessaire pour une bonne absorption de l'eau au niveau de l'intestin grêle).

• ***Lopéramide*** 2 mg : 2 gél. initialement puis 1 gél. à chaque selle non formée. Dose maximale : 6 gél. /24 h (12 mg). À arrêter dès l'apparition de selles molles.

Mesures hygiénodiététiques

• Aliments recommandés :
– féculents raffinés (pain blanc, pâtes, riz blanc, semoule), riches en glucides et pauvres en fibres ;
– légumes : carottes, betteraves, courgettes ;
– fruits : bananes et poires, de préférence cuites.

• Aliments à éviter :
– le lait, mais yaourts ou fromages blancs sont recommandés ;
– les viandes grasses, les poissons au vin et le thon à l'huile ;
– les céréales riches en fibres : pain complet, lentilles, pois chiches, haricots ;
– les végétaux (légumes et fruits), surtout crus ;

Mesures hygiénodiététiques (suite)

– les fruits secs et oléagineux ;
– alcool, épices, poivre, cornichons, moutarde, irritants pour la muqueuse intestinale ;
– jus de fruits en boîte (hyperosmolaires).

• Lavage régulier des mains, en particulier après chaque selle et avant chaque repas.

• Éviter les contaminations par les partages des objets (verres, brosse à dents, etc.).

Situations particulières

• *En cas de spasmes intestinaux douloureux* : **phloroglucinol 80 mg**, 2 cp 2 à 3 fois/24 h à la demande pendant quelques jours.

• *En présence de signes et symptômes de gravité et chez les patients à risque* (dont les porteurs d'une prothèse endovasculaire), un traitement antibiotique doit être adjoint d'emblée : **ciprofloxacine 500 mg**, 1 cp 2 fois/24 h au cours des repas pendant 2 à 3 jours.

• *Chez la femme enceinte* : **azithromycine 250 mg**, 2 cp/24 h en une prise pendant 3 jours.

• *Si colite pseudomembraneuse* : **métronidazole 500 mg**, 3 cp/24 h en une prise à chaque repas durant 10 à 14 jours.

SURVEILLANCE

De la régression des troubles en quelques jours. Leur persistance après 4 jours ou un état fébrile nécessitent une analyse des selles, une réévaluation clinique et le plus souvent un traitement antibiotique.

Diverticulose et diverticulite coliques

RAPPELS

La **diverticulose** correspond à de petites hernies muqueuses à travers les couches musculeuses de la paroi digestive. Elle affecte le sigmoïde dans 80 % des cas. Elle est très fréquente (> 30 % après 70 ans) en Occident mais exceptionnelle dans les populations dont l'alimentation est riche en fibres.
La **diverticulite**, ou infection diverticulaire, est une complication de gravité variable : diverticulite simple, abcès diverticulaire, perforation, fistule, et hémorragies parfois favorisées par les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Diagnostic

• Diverticulose : diagnostic fortuit en coloscopie ou sur un scanner abdominal.

• Diverticulite sigmoïdienne : elle se manifeste par un tableau douloureux et fébrile de la fosse iliaque gauche, souvent associé à des troubles du transit. La sévérité du tableau varie en fonction des complications. Le diagnostic est confirmé par un examen scanographique abdominal.

Objectif thérapeutique En l'absence de traitement validé dans la prévention du risque de diverticulite chez un sujet atteint de diverticulose, il est logique de traiter une éventuelle constipation mais l'enrichissement de l'alimentation en fibres n'est pas recommandé systématiquement par la Société française de gastroentérologie.

➡ *La diverticulite est une infection relevant d'une antibiothérapie. La prise en charge des complications graves est chirurgicale. Les abcès collectés peuvent être traités par drainage radiologique pour permettre une résection intestinale « à froid » avec rétablissement immédiat de la continuité digestive.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Effectuer un diagnostic lésionnel précis.
- S'assurer de l'absence d'allergie aux antibiotiques, de l'absence de grossesse pour les quinolones, d'interactions médicamenteuses (AVK).
- Contrôler la fonction rénale.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Le traitement d'une diverticulite simple peut se faire à domicile. L'hospitalisation est indiquée en cas de signes d'irritation péritonéale, d'intolérance digestive, d'absence d'amélioration après 48 à 72 heures de traitement ambulatoire, de terrain fragilisé, et/ou de signes de gravité scanographiques.

Ordonnance pour antibiothérapie en ambulatoire

- **Amoxicilline-acide clavulanique :** 1 g toutes les 8 heures *per os* pendant 7 jours.
- Ou, *en cas d'allergie aux bêtalactamines :* **ofloxacine** 400 mg 2 fois/j + **métronidazole** 500 mg 3 fois/j *per os* pendant 7 jours.

Ordonnance pour les formes sévères : en hospitalisation avec traitement débuté en intraveineux

- **Amoxicilline-acide clavulanique :** 1 g toutes les 8 heures pendant 7 à 10 jours en IV lente.
- Ou, *en cas d'allergie aux bêtalactamines :* **ofloxacine** 200 mg toutes les 12 heures par voie IV lente + **métronidazole** 500 mg 3 x/j en perfusion de 30 min.

Le retour à la voie orale doit être envisagé sitôt que l'état du malade le permet, selon les mêmes modalités que le traitement des formes ambulatoires.

Règles hygiénodiététiques

En l'absence d'intolérance digestive, de signes généraux sévères ou de signes péritonéaux, l'alimentation orale est possible mais **sans résidu strict.**

Situations particulières

- *Les formes compliquées* (abcès, fistules, perforation péritonéale) relèvent d'une prise en charge chirurgicale.
- *Les formes bénignes* mais récidivantes peuvent justifier une sigmoïdectomie.

SURVEILLANCE

- *À la phase aiguë*, elle porte sur les signes cliniques (température, diurèse) et l'évolution des signes abdominaux (douleur, défense, transit intestinal).
- *Dans les formes sévères*, une surveillance biologique (CRP, fonction rénale) est nécessaire.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

D

Douleur aiguë

RAPPELS

La douleur est générée par trois mécanismes distincts, qui peuvent toutefois être intriqués :
– **la douleur nociceptive**, véritable signe d'alarme concernant l'intégrité de l'organisme. Son expression clinique et son intensité sont très variables selon sa localisation et son mécanisme. Il est nécessaire d'établir un diagnostic étiologique précis pour ne pas masquer les signes d'une pathologie potentiellement grave (appendicite par exemple) ;
– **la douleur neurogène** provient directement du système nerveux (lésion, traumatisme, etc.). Elle est généralement ressentie sous formes de brûlures, d'élancements ou de décharges électriques dans le(s) territoire(s) concerné(s), avec une évolution souvent chronique (> 3 mois) ;
– **la douleur psychogène** est ressentie comme une souffrance, parfois intense, en l'absence de lésion identifiable. Généralement chronique et peu sensible aux antalgiques, elle est liée à la somatisation de problèmes psychiques ou sociaux et relève d'une prise en charge spécifique.

Diagnostic La perception de la douleur et de son intensité étant subjective, il est nécessaire d'avoir recours à des échelles d'évaluation de la douleur. La plus simple est une autoévaluation numérique par le patient, chiffrée de 1 à 10 (douleur insupportable maximale) ou une échelle visuelle analogique (EVA) sur une réglette graduée de 1 à 100. Cet outil permet une meilleure appréciation de l'évolution de la douleur sous traitement.

Objectif thérapeutique Soulager le malade, traiter la cause si possible et prévenir le passage à la chronicité.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Dans tous les cas, il est nécessaire d'effectuer des hypothèses diagnostiques* qui devront être inventoriées secondairement car le traitement de la douleur peut masquer les symptômes et les signes d'une pathologie sous-jacente.

• *Paracétamol :*
– recherche de contre-indications : hépatopathie et insuffisance hépatocellulaire ;
– risque de surdosage : recherche des médicaments déjà pris et information sur les spécialités contenant du paracétamol et sur la posologie maximale.

• *AINS :*
– recherche de contre-indications : ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse ;
– recherche d'un terrain à risque : antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque ;
– recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées : anticoagulants, lithium, méthotrexate, ticlopidine, aspirine à forte dose.

• *Opiacés :*
– recherche de contre-indications : insuffisance respiratoire ou hépatique sévère, traumatismes crâniens, hypertension intracrânienne, épilepsie non contrôlée, *delirium tremens*, alcool ou autres dépresseurs du SNC, IMAO, grossesse, allaitement ;
– risque de surdosage et de dépendance à surveiller.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance devant une douleur aiguë nociceptive

Le traitement dépend du type de douleur et de son intensité. Trois niveaux de puissance d'antalgiques ont été établis par l'OMS :
– niveau I pour douleurs légères à modérées (EVA < 30) : paracétamol, salicylés, AINS auxquels il convient d'adjoindre les antispasmodiques ;
– niveau II pour douleurs modérées à sévères (EVA 30 à 70) : opioïdes faibles ou forts : codéine, tramadol, opium, buprénorphine, nalbuphine ;
– niveau III pour douleurs intenses (EVA 50 à 100) : morphine, hydromorphone, oxycodone, péthidine, fentanyl.

• *Prescription de niveau I*, **paracétamol :**
– A et E > 15 ans : 500 à 1 000 mg, 1 à 4 fois/j toutes les 6 h (ne pas dépasser 4 g/j) ;
– E < 15 ans : 15 mg/kg, 1 à 4 fois/j toutes les 6 h.

• *Prescription de niveau II :*
– A et E > 15 ans : **paracétamol 500 mg + codéine 30 mg**, 1 à 2 cp 1 à 3 fois/j (ne pas dépasser 6 cp/j) ;
ou **tramadol 37,5 mg + paracétamol 325 mg**, 1 à 2 cp, toutes les 4 à 6 h sans dépasser 8 cp/j ;
– E > 1 an : **codéine sirop**, 3 mg/kg/j de codéine en 4 à 6 prises.

• *Prescription de niveau III, sur ordonnance sécurisée, avec identification du médecin, posologie en toutes lettres et durée maximale de 28 jours :*
– A : **sulfate de morphine** PO, dix milligrammes à répéter toutes les 4 à 6 heures, avec un accroissement très progressif des doses, en particulier chez le sujet âgé + **lactulose**, 1 à 3 sachet/j à titre systématique en prévention de la constipation ;
– E : **sulfate de morphine** PO, 0,5 mg/kg (sans dépasser 20 mg) puis 0,2 mg/kg toutes les 4 heures + **lactulose**, 0,25 mg/kg/jour.

Ordonnance en cas de douleurs aiguës très intenses

Une titration morphinique par voie IV peut être instituée en milieu hospitalier sous surveillance étroite.
Morphine injectable 10 mg :
– amener l'ampoule de 1 mL à un volume de 10 mL en diluant avec de l'eau ppi pour obtenir 1 mL = 1 mg ;
– injecter la dose initiale (2 mg) en 1 à 5 minutes puis réinjecter 2 mg par 2 mg toutes les 6 à 10 min jusqu'à sédation de la douleur ;
– associer un antiémétique, **dropéridol injectable 1,25 mg :** chaque 1 mg de morphine est couplé à 0,1 mg de dropéridol en IV lente (dose maximale journalière 5 mg) ;
– surveiller en permanence : conscience, pupilles, fréquences respiratoire et cardiaque, TA et les effets secondaires : nausées, prurit, globe vésical ;
– oxygénothérapie à 3 L/min au masque ;
– la poursuite de l'antalgie peut s'effectuer par des bolus de 2 mg IV autoadministrés ou par titration morphinique par voie orale.

SURVEILLANCE

• De l'évolution de la douleur sur l'échelle EVA, qui doit faire adapter la posologie ou le niveau d'antalgie.

• De la tolérance du traitement, en particulier des opiacés chez les sujets âgés : nausées, céphalées, somnolence, confusion, dépression respiratoire, rétention urinaire.

• Envisager des traitements complémentaires parfois essentiels : glace (arthrite), immobilisation (fracture), infiltration (sciatique), incision (abcès, hématome), etc.

Dysménorrhée

RAPPELS

Diagnostic Douleurs abdominopelviennes cycliques, rythmées par les règles, survenant juste avant leur début, durant le plus souvent un jour ou deux, parfois jusqu'après les règles. La douleur menstruelle est l'expression d'une hypoxie tissulaire consécutive à l'hypercontractilité du myomètre et à la vasoconstriction de ses artérioles. Les dysménorrhées peuvent être primaires (s'installant progressivement au cours des deux années suivant la ménarche), ou secondaires (survenant ultérieurement). Ces douleurs sont d'intensité variable, allant de la simple gêne à la douleur paroxystique aiguë, et sont spécifiques de l'apparition du flux menstruel. Elles s'accompagnent parfois d'autres manifestations : lipothymies, nausées, troubles intestinaux, migraines. Les dysménorrhées primaires sont le plus souvent dites « essentielles » ou fonctionnelles (dans un contexte de trouble du cycle, spanioménorrhée).

Objectif thérapeutique Réduire ou supprimer la période douloureuse et corriger une éventuelle cause organique sous-jacente.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher des troubles du cycle associés* évoquant des dysménorrhées fonctionnelles.

• *Rechercher une cause organique de la dysménorrhée* (qui nécessitera une prise en charge spécifique) en cas de :
– dysménorrhée secondaire : rechercher en particulier une endométriose pelvienne ou une infection génitale haute ;
– dysménorrhée primaire très intense s'accroissant à chaque menstruation : éliminer une malformation vaginale avec hématocolpos.

• *Rechercher une contre-indication aux AINS* : allergie connue, ulcère gastroduodénal en évolution, antécédent d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un traitement par AINS, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse, précaution d'emploi en cas d'anomalies de l'hémostase avec risque hémorragique.

• *Rechercher des associations à prendre en compte pour la prise d'AINS* : anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, lithium, méthotrexate, pémétrexed.

• *Rechercher une contre-indication ou des précautions d'emploi aux œstroprogestatifs.*

• *Évaluer la nécessité ou non d'une contraception.*

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Flurbiprofène :** 1 cp à 100 mg au cours d'un repas en cas de douleurs, à renouveler 2 à 3 fois/j selon les douleurs. Ce traitement pourra être répété le nombre de jours nécessaire, selon la durée de la dysménorrhée.

• En cas d'efficacité insuffisante des AINS ou de nécessité de contraception, associer une contraception œstroprogestative : **éthynilestradiol 20 µg + lévonorgestrel 100 µg**, 1 cp/j à heure fixe, à commencer la première fois le premier jour du cycle, puis à prendre pendant 21 jours, arrêt 7 jours, puis reprise 21 jours et ainsi de suite (une prise en continu est possible).

Règles hygiénodiététiques

• Un traitement antalgique (paracétamol : 1 g en 1 prise) ou antispasmodique (phloroglucinol 80 mg : 2 cp en 1 prise) peut être associé.

• L'application locale d'une vessie de glace, ou d'une bouillotte chaude, la prise d'un bain chaud peuvent aider à réduire les douleurs.

• La pratique de la relaxation et/ou un soutien psychologique sont parfois nécessaires en cas de dysménorrhée invalidante.

Situations particulières

• *En cas de dysménorrhée secondaire*, un traitement étiologique est nécessaire :
– en cas de suspicion d'*endométriose pelvienne* ou d'*adénomyose*, un traitement spécifique pourra être mis en place ;

Situations particulières (suite)

– en cas d'*anomalie associée du cycle menstruel* (notamment spanioménorrhée ou mastodynies cycliques) et en l'absence de besoin de contraception, un traitement par **progestérone, 1 capsule à 200 mg** par voie orale du 1er au 25e jour, permet de rétablir la régularité des cycles et améliore la dysménorrhée fonctionnelle.

• *En cas de persistance de la dysménorrhée sous AINS et contraception œstroprogestative discontinue*, on prescrira la contraception œstroprogestative en continu (28 jours sur 28), en prévoyant classiquement un arrêt de 7 jours toutes les 12 semaines (84 jours).

SURVEILLANCE

• Efficacité et tolérance du traitement 3 mois après l'instauration.

• En cas de traitement œstroprogestatif : examen clinique entre 3 et 6 mois après l'initiation puis une fois par an (taille, poids, IMC, tension artérielle, examen gynécologique selon âge et activité sexuelle, examen mammaire), bilan biologique (cholestérol total, triglycérides, glycémie à jeun) 3 à 6 mois après l'instauration, à renouveler tous les 5 ans.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

E

Embolie pulmonaire : traitement curatif

RAPPELS

Urgence diagnostique et thérapeutique, la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) affecte > 150 000 personnes/an en France, entraînant 5 à 10 000 décès par embolie pulmonaire (EP). L'embole provient habituellement du réseau veineux profond d'un membre inférieur (MI) et plus rarement du pelvis (post-partum) ou des membres supérieurs. Les facteurs de risque sont multiples, soit transitoires (chirurgie récente, traumatisme, immobilisation, grossesse, contraception OP, voyage prolongé), soit persistants (âge, obésité, cancer, ATCD de MTEV, thrombophilie, maladies inflammatoires).

Diagnostic Clinique devant une dyspnée et/ou une douleur thoracique avec tachycardie mais la migration du caillot est parfois silencieuse. La prise en compte du contexte permet d'établir un score de probabilité diagnostique (GENEVE révisé) :

- âge > 65 ans .... +1
- ATCD de TVP ou d'EP .... +3
- chirurgie ou fracture de MI < 1 mois .... +2
- cancer (ou hémopathie) actif ou rémission < 1 an .... +2
- douleur unilatérale MI .... +3
- hémoptysie .... +2
- tachycardie > 74/min .... +3
- ou tachycardie > 94/min .... +5
- douleur trajet veineux MI et œdème unilatéral .... +4

Probabilité diagnostique : score > 10 : 74 % d'EP ; score 4-10 : 28 % d'EP ; score < 4 : 8 % d'EP.

Des D-dimères < 500 ng/mL permettent d'écarter l'hypothèse d'EP si la suspicion clinique n'est pas élevée. C'est l'angioscanner, sensible pour les EP proximales et spécifique, qui confirme le diagnostic (contre-indications : créatininémie > 200 µmol/L, allergie vraie à l'iode, grossesse au 3e trimestre). Une scintigraphie de ventilation/perfusion est une alternative possible.

Objectif thérapeutique Soulager le patient, restaurer l'équilibre hémodynamique, éviter l'évolution vers l'HTAP et les récidives.

➡ *Une embolie pulmonaire doit être hospitalisée mais le traitement doit être débuté en urgence.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Évaluer cliniquement la gravité de l'embolie* : l'état de choc est le principal indice de gravité qui doit faire *transférer le malade en réanimation* pour un possible traitement fibrinolytique mais un score clinique peut être utilisé (Score PESI : *Pulmonary Embolism Severity Index*) :
- âge .... +1 par année
- sexe masculin .... +10
- cancer .... +30
- insuffisance cardiaque .... +10
- insuffisance respiratoire chronique .... +10
- FC > 110/min .... +20
- PAS < 100 mmHg .... +30
- FR > 30/min .... +20
- température < 36 °C .... +20
- désorientation, obnubilation ou coma .... +60
- SaO_2 < 90 % .... +20

Gravité : classe I si score ≤ 65 ; classe II si score de 66 à 85 ; classe III si score de 86 à 105 ; classe IV si score de 106 à 125 ; classe V si score > 125 (25 % de DC dans ce dernier groupe). À l'inverse, un taux normal de BNP et de troponine permet de sélectionner des malades à faible risque.

• *Rechercher les contre-indications* :
- aux *anticoagulants*, c'est-à-dire les syndromes hémorragiques et les lésions susceptibles de saigner : ulcère gastroduodénal évolutif, HTA maligne, chirurgie neurologique ou ophtalmologique récente, AVC récent ;
- aux *héparines* : antécédents de thrombopénie à l'héparine ;
- aux *HBPM, AVK* et *anti-Xa* : insuffisance hépatique ou rénale sévère ;
- aux *AVK et anti-Xa* : grossesse et allaitement.

• *Rechercher les associations déconseillées* : AINS, aspirine, antiagrégants plaquettaires. *AVK et anti-Xa* : inhibiteurs enzymatiques (CYP 3A4 et P-gp), en particulier antifongiques azolés et inhibiteurs de la protéase du VIH.

• *De très nombreux médicaments sont susceptibles d'interférer avec les anticoagulants oraux* : les prescriptions nouvelles doivent être réduites au maximum et une surveillance plus étroite est nécessaire.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Deux schémas distincts sont possibles.

Ordonnance, schéma classique : HBPM puis AVK

• **Tinzaparine :** 175 UI/kg/j en 1 injection sous-cutanée (prudence si poids < 45 kg ou > 100 kg, *cf.* situations particulières). Il n'y a pas de surveillance biologique à réaliser. Ce traitement doit être maintenu jusqu'au retour à un équilibre hémodynamique satisfaisant puis, lors du relais par AVK, jusqu'à ce que l'INR soit > 2 à 2 reprises (5 à 7 jours).

• **Warfarine :** 5 mg en prise unique au repas du soir, à débuter lorsque l'équilibre hémodynamique est jugé correct et s'il n'y a pas d'examens invasifs à envisager (endoscopies, biopsies, *etc.*). Cette posologie est à adapter mg par mg en fonction de l'INR dont l'objectif est compris entre 2 et 3. Le 1er INR peut être réalisé dès le lendemain de la première prise afin de tester une éventuelle hypersensibilité aux AVK, puis tous les 2 jours. Lorsque l'INR est compris à 2 reprises entre 2 et 3, l'HBPM est interrompue et le contrôle de l'INR est espacé (2 fois/semaine pendant 15 jours puis tous les 15 jours, voire tous les mois s'il n'y a pas eu de modification posologique).

Ordonnance, schéma anti-Xa oral

Il est possible de débuter immédiatement par voie orale chez les malades à risque faible ou modéré.
Rivaroxaban : 15 mg matin et soir durant 3 semaines, puis 20 mg 1 seule fois/j. Ce traitement ne nécessite pas de surveillance biologique particulière mais ne comporte pas d'antidote.

Mesures hygiénodiététiques

• *Pour la TVP sous-jacente :*
– pour prévenir le syndrome post-thrombotique, une contention veineuse élastique doit être mise en place le plus tôt possible et maintenue durant la journée : **collants de contention veineuse sur mesures**, de classe 2 (TVP distales) ou de classe 3 (TVP proximales). Prescription pour 2 paires ;
– réduction pondérale si surpoids ; activité physique régulière, en particulier de marche ; éviter la station debout prolongée ; éviter les chaussures à talons haut ; éviter le chauffage par le sol et l'exposition solaire prolongée ; surélever les pieds du lit de 10 à 15 cm.

• *Sous AVK :* **interdiction des aliments riches en vitamine K** (brocoli, choux, laitue, cresson, persil, huile de colza ou de soja, épinards) et danger d'une alcoolisation aiguë.

Situations particulières

• **Sous HBPM**, en cas d'insuffisance rénale modérée (ClCr 30 à 60 mL/min), de poids extrêmes (< 45 kg ou > 100 kg) ou d'hémorragies inexpliquées, une détermination de l'activité anti-Xa peut être utile : la moyenne observée à la 4e heure pour la tinzaparine à la dose de 175 UI/kg en une injection par jour est de 0,87 UI ± 0,15.

• **Sous anti-Xa oral**, en cas d'insuffisance rénale modérée et chez les sujets âgés, réduction de la dose : **rivaroxaban**, 15 mg/j.

SURVEILLANCE ET PRÉCAUTIONS

• Sous anticoagulants, sont contre-indiquées toutes injections et ponctions intramusculaires, intra-articulaires, intra-artérielles.

• Surveillance initiale rapprochée : TA, FC, FR, saturation d'O_2. Une échographie cardiaque peut être réalisée à la recherche d'une dilatation ou d'une dysfonction du VD.

- Le traitement anticoagulant doit être maintenu 6 mois. En cas de cause réversible (traumatisme, chirurgie, voyage, etc.), une durée de 3 mois est suffisante. Par contre, s'il existe un antécédent de MTEV ou s'il persiste un facteur de risque majeur, le traitement doit être maintenu au long cours, avec une évaluation régulière du rapport bénéfice/risque.
- Une échographie cardiaque doit être réalisée au bout de 6 mois pour s'assurer de l'absence d'évolution vers une HTAP ou de dysfonction ventriculaire droite.
- Dans les TVP proximales, une échographie doppler veineuse doit être réalisée en fin de traitement pour juger des lésions séquellaires (thrombus résiduel, dévalvulation, développement des collatérales, etc.).
- En l'absence de facteur de risque identifié de TVP, il peut être intéressant, en particulier chez les sujets < 60 ans, de réaliser un bilan de thrombophilie un mois après l'arrêt du traitement anticoagulant. Par ailleurs, une surveillance clinique doit être maintenue pendant 1 an à la recherche d'indices orientant vers une pathologie sous-jacente évolutive (pathologie inflammatoire ou maligne).

NOTES PERSONNELLES

E

Endocardite infectieuse : prévention

RAPPELS

- L'endocardite infectieuse (EI) est une maladie grave et sa prévention est capitale. Les recommandations actuelles voient la place de l'antibioprophylaxie se réduire compte tenu d'un certain nombre d'éléments :
  - tout d'abord, les bactériémies susceptibles d'induire une EI sont probablement plus liées aux passages quotidiens dans le sang de bactéries provenant de la cavité buccale que de gestes buccodentaires occasionnels ;
  - par ailleurs, il n'existe pas de démonstration scientifique de l'efficacité de l'antibioprophylaxie qui n'est pratiquée, en France, que dans moins d'un cas sur deux avant un geste buccodentaire chez les patients valvulaires à risque ;
  - enfin, une préoccupation importante actuelle concerne le développement de l'antibiorésistance.
- En France, les recommandations 2009 de la Société européenne de cardiologie font référence. Elles limitent l'antibioprophylaxie aux personnes à haut risque pour des gestes à haut risque.
- Une définition des groupes à risques est nécessaire (Tableau 1).

Tableau 1 – **Groupes à risque.**

Groupe A – Cardiopathies à haut risque
Prothèses valvulaires (mécaniques, homogreffes ou bioprothèses)
Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées et dérivations chirurgicales (pulmonaire-systémique)
Antécédents d'EI

Groupe B – Cardiopathies à risque moindre
Valvuloplasties : IA, IM, RA
PVM avec IM et/ou épaississement valvulaire
Bicuspidie aortique
Cardiopathies congénitales non cyanogènes sauf CIA
Cardiomyopathie hypertrophique obstructive (avec souffle à l'auscultation)

IA : insuffisance aortique ; IM : insuffisance mitrale ; RA : rétrécissement aortique ; PVM : prolapsus valvulaire mitral ; CIA : communication interatriale.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• Les mesures d'hygiène sont importantes et sont prioritaires :
– hygiène buccodentaire rigoureuse et continue avec une surveillance systématique de l'état buccodentaire effectuée au minimum 2 fois/an chez les patients ayant une cardiopathie ;
– désinfection des plaies et antibiothérapie curative de tout foyer infectieux ;
– pratique du piercing fortement déconseillée chez les patients porteurs d'une cardiopathie à haut risque ;
– acupuncture : ne doit être réalisée qu'en connaissant le risque possible d'EI et en effectuant une surveillance clinique appropriée après le geste.

• L'antibioprophylaxie est recommandée pour les procédures à haut risque chez les patients présentant une cardiopathie à haut risque (groupe A) (Tableau 2).

Tableau 2 – Prophylaxie – Recommandations.

Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
Gestes buccodentaires : toutes les procédures impliquant une manipulation de la gencive (détartrage) ou de la région périapicale de la dent, ou perforation de la muqueuse dentaire.	Gestes sur les voies respiratoires : (bronchoscopie, laryngoscopie) Actes gastro-intestinaux ou urogénitaux : gastroscopie, coloscopie, échographie transœsophagienne, cystoscopie

PRESCRIPTIONS

En cas de geste buccodentaire, les antibiotiques utilisés sont soit l'amoxicilline, soit la clindamycine en cas d'allergie. Une dose unique 30 à 60 minutes avant l'intervention doit être administrée.

Ordonnance

• **Amoxicilline :**
– chez l'adulte : 2 g *per os* ou en perfusion de 30 min dans 100 mL de NaCl à 0,9 % ;
– chez l'enfant : 75 mg/kg *per os* ou en perfusion.
ou
• **Clindamycine :**
– chez l'adulte : 600 mg *per os* ou en perfusion de 30 min ;
– chez l'enfant : 20 mg/kg *per os* ou en perfusion.
Ces recommandations ne se substituent pas à l'appréciation par chaque praticien du risque individuel d'un sujet donné.

SURVEILLANCE

Il faut insister sur le fait qu'après un geste buccodentaire chez un sujet à risque, une surveillance est nécessaire : si une fièvre ou un autre symptôme fait son apparition, le patient doit consulter un médecin.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....

E

Endométriose et adénomyose

RAPPELS

Présence de tissu endométrial en dehors de l'endomètre et du myomètre. Localisations les plus fréquentes : péritoine pelvien, ovaires, cloison rectovaginale.

Diagnostic Devant des dysménorrhées surtout secondaires (50 à 90 %) ± dyspareunie profonde ± douleurs pelviennes chroniques, parfois associées à une symptomatologie digestive (diarrhées cataméniales, dyschésie, rectorragies, etc.) ou urinaire (pollakiurie, hématurie cataméniales). Elle peut également être responsable d'infertilité. L'**adénomyose** est définie comme la présence de glandes et de stroma endométriaux dans le myomètre. Fréquemment asymptomatique, elle peut se manifester par des ménorragies (50 %), des dysménorrhées (30 %), des métrorragies (20 %).

Objectif thérapeutique Soulager la patiente et enrayer l'évolution de l'endomètre ectopique. L'œstrogénodépendance de cette pathologie incite à l'utilisation d'hormones supprimant l'ovulation et réduisant le flux menstruel.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Discuter d'un traitement chirurgical de l'endométriose :*
– en particulier en cas d'atteinte profonde avec lésions sous-péritonéales ;
– en cas d'endométriome de plus de 50 mm.

• *Seule une endométriose pelvienne douloureuse ou une adénomyose symptomatique* devront faire l'objet d'un traitement médical :
– une endométriose pelvienne asymptomatique ne nécessite pas de prise en charge ;
– une infertilité dans un contexte d'endométriose pelvienne devra faire l'objet d'une prise en charge spécifique.

• *Recherche de contre-indications ou associations déconseillées* pour les œstroprogestatifs, les AINS.

• *Recherche de contre-indications aux macroprogestatifs :* accident thromboembolique récent, antécédents coronariens ou d'accident vasculaire cérébral, hémorragies génitales non étiquetées, cancers hormonodépendants, insuffisance hépatique sévère, grossesse, méningiome.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement des douleurs

Flurbiprofène : 1 cp à 100 mg au cours d'un repas en cas de douleurs, à renouveler 2 à 3 fois/j selon les douleurs. Ce traitement pourra être répété le nombre de jours nécessaire, selon la durée des douleurs.

Ordonnance de traitement antigonadotrope

• *Soit œstroprogestatif :* **éthynilestradiol 30 µg + lévonorgestrel 150 µg**, 1 cp/j à heure fixe, à commencer la première fois le premier jour du cycle, puis à prendre pendant 21 jours, arrêt 7 jours, puis reprise 21 jours et ainsi de suite (une prise en continu est possible : 1 cp/j 28 jours sur 28 en prévoyant un arrêt de 7 jours toutes les 12 semaines [84 jours]).

• *Soit macroprogestatif :* **acétate de chlormadinone 10 mg**, 1 cp/j 21 jours sur 28 (une prise en continu est possible 28 jours sur 28). Les autres macroprogestatifs ayant l'AMM dans l'endométriose sont le **médrogestone** (10 à 15 mg/j, 21 jours/28 ou en continu) et l'**acétate de médroxyprogestérone** (1 injection IM de 150 mg toutes les 12 semaines) et le **diénogest** (2 mg/j en continu).

Associer pour la prise en charge des douleurs

• Un antispasmodique : **phloroglucinol 80 mg**, 2 cp en une prise ; ou un antalgique : **paracétamol**, 1 g en une prise.

• Application locale d'une vessie de glace ou d'une bouillotte chaude, prise d'un bain chaud.

• La pratique de la relaxation et/ou un soutien psychologique peuvent être nécessaires en cas de douleurs invalidantes.

Situations particulières

- *En cas de persistance de douleurs sous œstroprogestatifs ou en première intention en cas de douleurs invalidantes*, d'endométriose pelvienne sévère, ou d'endométriome symptomatique de moins de 50 mm, privilégier les macroprogestatifs.
- *En cas d'inefficacité des traitements de première ligne*, un traitement par agoniste de la GnRH sera proposé en deuxième intention par voie IM ou SC : **leuproréline LP :** 3,75 mg chaque mois ou 11,25 mg tous les 3 mois (6 mois maximum). *En cas de symptômes invalidants d'hypo-œstrogénie* sous agoniste de la GnRH, possibilité d'associer une *add-back therapy* par œstrogènes seuls (**estradiol 17β en gel :** 1 mg par jour, 25 jours par mois) ou œstroprogestatifs (en ajoutant à l'estradiol de la **progestérone :** une capsule à 100 mg par jour du 1er au 25e jour) pour une durée limitée de 6 mois à 1 an (non envisageable chez les adolescentes).
- *En cas d'adénomyose*, un **dispositif intra-utérin** (DIU) au lévonorgestrel constituera un traitement de choix.

SURVEILLANCE

- Évaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement à 3 mois : interrogatoire, examen gynécologique :
  – en cas d'efficacité du traitement : poursuite, et surveillance semestrielle à annuelle ;
  – en cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance : réadaptation du traitement (passage en continu, changement de classe thérapeutique).
- Une évaluation des lésions par imagerie est réalisée en cas d'endométriome, de persistance de douleurs ou de nouvelle symptomatologie.
- En cas de prise d'œstroprogestatifs ou de macroprogestatifs : surveillance à 3 mois puis annuelle (taille, poids, IMC, tension artérielle, examen gynécologique et mammaire), bilan biologique (cholestérol

total, triglycérides, glycémie à jeun) 3 à 6 mois après l'instauration, à renouveler tous les 5 ans.
- En cas de DIU au lévonorgestrel : vérifier la bonne position du DIU (présence des fils à l'examen au spéculum) et l'absence de symptômes d'infection génitale haute dans les 3 mois puis tous les ans.

NOTES PERSONNELLES

E

Érysipèle d'un membre inférieur

RAPPELS

Dermohypodermite bactérienne aiguë le plus souvent due à un streptocoque, habituellement β-hémolytique du groupe A. Une obésité, un lymphœdème et un antécédent d'érysipèle sont des facteurs favorisants. Un intertrigo interdigital est la porte d'entrée locale habituelle. Parfois, il s'agit d'un ulcère veineux.

Diagnostic Clinique sur un début brutal avec frissons et fièvre, rapidement suivis de douleurs locales puis d'un placard œdémateux rouge, chaud, induré, douloureux, d'extension rapide, bien limité, pouvant être le siège de vésicules ou de bulles, parfois d'une éruption purpurique.

Objectif thérapeutique Soulager le patient, guérir l'infection et prévenir les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher une allergie aux pénicillines ou aux lincosanides, *une hypersensibilité* aux streptogramines, *une association déconseillée à* l'amoxicilline : allopurinol, méthotrexate.

PRESCRIPTIONS

Le traitement en ambulatoire est possible, mais l'hospitalisation est nécessaire en présence de signes généraux importants, de comorbidités pouvant se décompenser, ou d'évolution défavorable après 3 jours complets de traitement bien conduit (posologie adaptée et prise médicamenteuse effective).

• Traitement antalgique souvent nécessaire, si possible avec des molécules non antipyrétiques pour ne pas masquer la persistance d'une évolution fébrile : **tramadol 50 mg**, 1 prise toutes les 4 à 6 heures.

• Traitement local de la porte d'entrée (intertrigo) : hygiène cutanée soigneuse en séchant bien avant l'application d'un antifongique à usage local tel que **bifonazole 1 % crème** ou **omoconazole 1 % crème**, 1 application le soir sur les lésions pendant 4 semaines. Éviter le contact avec les yeux.

• Antibiothérapie orale : plusieurs options sont envisageables (Tableau 1).

Tableau 1 – **Antibiothérapie des érysipèles.**

Antibiotiques	Posologie	Durée de traitement
Amoxicilline	50 mg/kg/j en 3 ou 4 prises	10 j
Pristinamycine (cp à 500 mg)	50 mg/kg/j en 3 prises	10 j
Clindamycine (gel à 300 mg)	600 mg 3x/j	10 j

Ne pas prescrire de fluoroquinolone en antibiothérapie en première intention pour une infection cutanée.

Mesures hygiénodiététiques

• **Repos**, utile à la phase initiale pour limiter les douleurs lors de l'orthostatisme.

Mesures hygiénodiététiques (suite)

• Prise en charge d'un lymphœdème ou d'un œdème de cause veineuse nécessitant une **contention adaptée** (bande de contention à la phase initiale puis contention secondaire par bas ou collants, de force 2 pour une origine veineuse et de force 3 pour une origine lymphatique).

Situations particulières

• *Le risque de thrombose veineuse profonde* est faible à la phase initiale de l'infection : entre 2 % (TV proximale) et 3 % (TV distale). Selon le terrain et les antécédents, la prévention thromboembolique en cas d'alitement prolongé et d'impossibilité de contention veineuse peut être nécessaire durant quelques jours : **énoxaparine**, 0,2 mL SC/j (risque moyen) ou 0,4 mL SC/j (risque élevé).

• *En cas de récidives multiples*, une antibiothérapie préventive :
- **pénicilline V orale :** 2 à 4 M UI/j en 2 prises quotidiennes ;

ou
- **amoxicilline orale :** 500 mg/j en une prise quotidienne

ou
- **benzathine-benzylpénicilline :** 2,4 M UI par voie IM toutes les 3 semaines (associée dans la même seringue avec 1 cc de xylocaïne à 1 %).

Cette antibiothérapie préventive sera prolongée, voire définitive, si les facteurs de risque ne sont pas éradiqués.

SURVEILLANCE ET PRÉVENTION SECONDAIRE

• Contention essentielle dès le premier épisode d'érysipèle en cas de lymphœdème ou d'un œdème de cause veineuse.

• Traitement efficace des intertrigos (cf. ci-avant).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Érythème noueux

RAPPELS

Lésions d'hypodermite aiguë à type de nouures, satellites d'affections diverses dont les plus fréquentes sont l'infection à streptocoques bêta-hémolytiques, la sarcoïdose (syndrome de Löfgren) et les entéropathies infectieuses (yersiniose) ou inflammatoires (maladie de Crohn ou recto-colite hémorragique) et plus rarement une primo-infection tuberculeuse (enfants immigrés), une autre infection, une hémopathie ou une prise médicamenteuse (aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens). Cependant, l'étiologie n'est pas identifiée dans 50 % des cas. Les lésions régressent toujours sans séquelles.

Diagnostic Clinique sur une évolution en trois phases :
- une phase prodromique de 3 à 6 jours (fièvre, douleurs articulaires, syndrome ORL infectieux, etc.) ;
- puis une phase d'état d'installation rapide où apparaissent des nouures aux faces d'extension des jambes et des genoux. Ces nouures, peu nombreuses et le plus souvent bilatérales, sont inflammatoires, chaudes et douloureuses, à type de nodules centimétriques sous-cutanées, mobiles sur les plans profonds ;
- enfin, une phase régressive spontanée, accélérée par le repos, durant laquelle chaque nouure régresse en une dizaine de jours en prenant des aspects contusiformes bleus et jaunâtres. L'érythème noueux n'entraîne jamais de nécrose, d'ulcérations ou de cicatrices mais plusieurs poussées peuvent se succéder durant quelques

semaines. Une biopsie cutanée n'est pratiquée qu'en cas de doute diagnostique et elle ne fournit pas d'arguments étiologiques.

Objectif thérapeutique Soulager le malade, accélérer la guérison et traiter la maladie sous-jacente si elle est identifiée.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Réaliser un bilan étiologique en phase aiguë :* VS, hémogramme, vitesse de sédimentation, transaminases, strepto-test, radiographie thoracique, test tuberculinique (IDR) ou dosage de quantiféron et coproculture à la recherche de *Yersinia* en cas de manifestations digestives. Le reste des explorations est à orienter en fonction de points d'appel cliniques.

• *Recherche de contre-indications :*
– tramadol : insuffisance respiratoire ou hépatique ;
– AINS : ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.

• *Recherche d'un terrain à risque :* antécédent d'ulcère digestif, pathologie cardiovasculaire et/ou thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque.

• *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées :*
– tramadol : IMAO (antidépresseur), médicaments réduisant le seuil épileptogène ;
– AINS : anticoagulants, lithium, méthotrexate, ticlopidine, aspirine à forte dose.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Tramadol 37,5 mg/Paracétamol 325 mg :** 2 cp 3 à 4 fois/j (espacés d'au moins 6 heures et sans dépasser 8 cp/24 h pendant quelques jours.

• **Naproxène 550 mg :** 1 cp matin et soir au milieu des repas pendant 15 jours.

Règles hygiénodiététiques

Repos au lit ou au moins jambes allongées pendant quelques jours, ce qui soulage la douleur et accélère la régression des lésions.

Situations particulières

• *Dans une forme hyperalgique*, une hospitalisation peut être nécessaire pour assurer un repos effectif.

• *Si une maladie associée est identifiée*, un traitement spécifique peut être nécessaire (en particulier entéropathies inflammatoires, tuberculose, hémopathies, etc.)

SURVEILLANCE

De la disparition progressive des lésions cutanées avec un risque de nouvelles poussées qui ne constituent pas un signe de gravité.

NOTES PERSONNELLES

F

Fibrillation atriale

RAPPELS

• Arythmie cardiaque fréquente (10 % si âge > 80 ans), multipliant par 5 le risque d'AVC (20 % des AVC), associée à une insuffisance cardiaque dans 30 % des cas.

• **Diagnostic** Souvent a- ou paucisymptomatique (palpitations, dyspnée, asthénie, douleur thoracique), la fibrillation atriale (FA) peut être révélée par une insuffisance cardiaque ou un accident embolique artériel. L'ECG montre l'absence d'ondes P et des intervalles RR irréguliers avec QRS fins ou larges (en cas de bloc de branche préexistant ou fonctionnel).

• **Objectif thérapeutique** Prévention des complications emboliques. Le traitement anticoagulant est la base du traitement, que la FA soit paroxystique ou permanente. Le choix entre contrôle du rythme et contrôle de la fréquence sera fait en fonction de l'âge, des symptômes, de l'ancienneté de l'arythmie et de la cardiopathie sous-jacente. Quel que soit l'anticoagulant utilisé, l'éducation thérapeutique est essentielle.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Évaluation du risque embolique* : score CHA2DS2-Vasc (pour les FA non valvulaires) (Tableau 1).

Tableau 1 – Calcul du score CHA2DS2-Vasc.

C	Insuffisance cardiaque	1
H	HTA	1

A	> 75 ans	2
A	65-74 ans	1
D	Diabète	1
S	AVC, AIT ou embolie systémique	2
S	Sexe féminin	1
Vasc	ATCD d'IDM, artériopathie, athérome Ao	1

La FA valvulaire (valvulopathie mitrale ou prothèse mécanique) est une indication formelle d'anticoagulation.

• *Évaluation du risque hémorragique* : score HAS-BLED qui ne doit pas faire exclure les patients d'un traitement anticoagulant mais mieux contrôler les facteurs qui augmentent le risque hémorragique (contrôle tensionnel, éviter les AINS, *etc.*) (Tableau 2).

Tableau 2 – **Calcul du score HAS-BLED.**

H	HTA	1
A	Anomalies rénales ou hépatiques	1 ou 2
S	AVC	1
B	Saignement	1
L	INR instable	1
E	> 65 ans	1
D	Médicaments ou alcool	1 ou 2

• *Recherche d'hyperthyroïdie* sous-jacente. Les autres causes aiguës réversibles comprennent l'ingestion aiguë d'alcool, la pneumopathie et autres sepsis, la péricardite, l'hypokaliémie, l'hypovolémie.

• *Recherche d'une cardiopathie sous-jacente avec évaluation de la fraction d'éjection* et penser à une possible embolie pulmonaire ou à un infarctus myocardique.

• *Recherche d'associations déconseillées ou à prendre en compte en précautions d'emploi :*

– anticoagulants : AINS, antiagrégants plaquettaires, insuffisance rénale ou hépatique, grossesse, revascularisation coronaire ou artérielle périphérique récente ;

– antiarythmiques : médicaments favorisant les torsades de pointe.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de prévention des complications thromboemboliques

• *FA valvulaire* (valvulopathie mitrale rhumatismale ou prothèse valvulaire mécanique) : traitement par **AVK**.

• *FA non valvulaire :*

– score CHA2DS2Vasc = 0 ou sexe féminin isolé : pas de traitement anticoagulant (ni aspirine) sauf après cardioversion (4 semaines) ;

– score CHA2DS2Vasc = 1 chez l'homme ou = 2 chez la femme : discuter le traitement anticoagulant au cas par cas ;

– score CHA2DS2Vasc ≥ 2 chez l'homme ou ≥ 3 chez la femme : traitement anticoagulant.

• *Les nouveaux anticoagulants sont en première intention :*

– **rivaroxaban :** 20 mg/j au cours d'un repas (15 mg/j si ClCr < 50 mL/min, association avec quinidine) ;

ou

– **dabigatran :** 150 mg matin et soir (110 mg si ClCr < 50 mL/min, association avec quinidine, amiodarone, vérapamil). Médicaments contre-indiqués : inhibiteurs du cytochrome P450, antifongiques azolés et dronédarone avec le dabigatran.

• ***Si ClCr < 30 mL/min ou patient déjà traité par AVK avec INR stable :*** **warfarine**, 5 mg/j (commencer à mi-dose si âge > 70 ans ou poids < 50 kg ou dysfonction hépatique ou rénale) pour obtenir un INR compris entre 2 et 3.

Ordonnance de traitement de l'arythmie

Le traitement de l'arythmie fait appel à deux stratégies pouvant se succéder dans le temps.

• *Contrôle de la fréquence*, objectif de FC moyenne < 110/min :

– en aigu (IV lente) après avoir vérifié la fonction ventriculaire gauche :

Ordonnance de traitement de l'arythmie (suite)

- **aténolol :** 1-10 mg IV lente,

ou

- **métoprolol :** 2,5 -10 mg IV lente,
- la **digoxine :** 0,5 mg IV lente, peut être utilisée en cas d'insuffisance cardiaque après avoir vérifié la kaliémie et l'absence de cardiopathie obstructive ;

– en chronique (*per os*) :

- β-bloquant : **bisoprolol**, 1,25 à 10 mg/j,

ou

- inhibiteur calcique non dihydropyridine en l'absence d'insuffisance cardiaque : **diltiazem**, 60 mg 3 fois/j ou 90 ou 120 mg 2 fois/j, ou **diltiazem LP**, 200 ou 300 mg en 1 prise/j. La **digoxine**, 0,125 à 0,25 mg/j, utilisée avec précaution en cas d'insuffisance rénale, n'a d'effet ralentisseur qu'au repos.

• *Contrôle du rythme* : restaurer et maintenir le rythme sinusal en évitant la morbidité liée aux traitements antiarythmiques et en expliquant au patient les risques de récidive de la FA. Après un premier épisode de FA, on ne propose pas de traitement préventif sauf cas particuliers. L'efficacité des traitements antiarythmiques est modeste.

– Cardioversion électrique ou pharmacologique sous anticoagulation efficace depuis au moins 3 semaines (une cardioversion immédiate peut être nécessaire en cas d'instabilité hémodynamique).

– Traitement préventif des récidives :

- **flécaïnide**, 100 à 300 mg/j, associé à un β-bloquant (en l'absence de cardiopathie, de bloc de branche G et âge < 80 ans) ;
- **sotalol**, 80 à 160 mg 2 fois/j (arrêt si allongement du QT) ;
- en cas d'insuffisance cardiaque : **amiodarone**, 200 mg/j (également utilisé en dernière intention sur cœur sain en raison des effets secondaires extracardiaques).

L'ablation par cathéter est de plus en plus discutée précocement en cas de FA paroxystique récidivante sur cœur sain avec atrium gauche peu dilaté chez les sujets jeunes (< 70 ans).

Règles hygiénodiététiques (suite)

Règles hygiénodiététiques

• Régime hyposodé standard (500 à 1 000 mg de sodium/j) en cas d'insuffisance cardiaque.

• Prise en charge d'une obésité et d'un éventuel syndrome d'apnée du sommeil.

• Prise en charge de l'hypertension artérielle et des autres facteurs de risque cardiovasculaire.

• Interrompre toute intoxication alcoolique.

Situations particulières

• *En cas d'infarctus cérébral* : anticoagulation initiée après 1 à 2 semaines en l'absence de transformation hémorragique. Si accident ischémique transitoire, anticoagulation initiée immédiatement mais après un scanner cérébral sans injection pour éliminer un phénomène hémorragique.

• *Si bradyarythmie symptomatique persistante* malgré l'arrêt des traitements bradycardisants : implantation d'un stimulateur cardiaque de même qu'en cas d'alternance FA/bradycardie sinusale.

• *Dans les valvulopathies*, la FA est un tournant évolutif dans la maladie et doit faire discuter une correction valvulaire chirurgicale ou percutanée.

• *En cas d'hyperthyroïdie*, la cardioversion ne doit être envisagée qu'après correction de l'hyperthyroïdie. Le propanolol est habituellement utilisé pour le contrôle de fréquence.

• *En cas de flutter auriculaire*, l'indication de traitement anticoagulant est identique. Par contre, le traitement antiarythmique de première intention consiste en l'ablation par radiofréquence de l'isthme cavo-tricuspide.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : INR pour les AVK avec un objectif entre 2 et 3. Pas de surveillance de l'INR pour les nouveaux anticoagulants.
- Des effets indésirables de l'anticoagulation : saignements divers. Pour les NACO, surveillance de l'hémoglobine, de la clairance de la créatinine et des transaminases tous les ans (ou tous les 6 mois si ClCr < 60 mL/min ou âge > 75 ans).
- Du risque de dysthyroïdies sous amiodarone : TSH 2 fois/an.

NOTES PERSONNELLES

Fibromyalgie

RAPPELS

Ensemble syndromique d'évolution chronique associant douleurs musculaires diffuses, fatigue, troubles du sommeil, troubles cognitifs mineurs et troubles de l'humeur. D'origine indéterminée, il affecte le sexe féminin de façon prédominante (5/1), le plus souvent entre 30 et 50 ans. L'appellation de « syndrome polyalgique idiopathique diffus » a été proposée en France.

Diagnostic Clinique : la douleur diffuse constitue le principal symptôme, de début insidieux, présente depuis plus de 3 mois, ressentie au niveau des muscles et des articulations, variable en localisation et en intensité, accentuée par la pression. Ce constat a conduit à proposer des critères diagnostiques (ACR 1990) fondés sur la douleur provoquée à la pression digitale (4 kg) d'au moins 11/18 points-tests bilatéraux (occiput, cervical bas, trapézien, sus-épineux, 2ᵉ côte, épicondylien, fessier, trochantérien et genou).

En fait, le diagnostic repose sur une analyse globale prenant également en compte d'autres symptômes (fatigue, troubles du sommeil, troubles cognitifs, symptômes somatiques) et nécessite l'élimination de diagnostics différentiels (rhumatismes inflammatoires, pathologies auto-immunitaires ou osseuses, médicaments, hypothyroïdie, etc.) ainsi qu'un recul suffisant.

Une fatigue chronique marquée et des manifestations dépressives sont fréquemment associées.

Les examens biologiques complémentaires sont normaux de même que les examens d'imagerie.

Objectif thérapeutique

• *Soulager les douleurs* : médicaments antalgiques sauf opioïdes forts (risque de dépendance). Des antidépresseurs tricycliques ou des anticonvulsivants sont également proposés hors AMM.

• *Réduire le retentissement de cette maladie chronique* : un soutien psychologique et différentes techniques de relaxation peuvent être bénéfiques.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher un médicament susceptible d'induire des myalgies* : fibrates, statines, colchicine, etc. (vérifier les ordonnances).

• *Rechercher des contre-indications aux antalgiques chroniques* :
- paracétamol : maladies hépatiques ;
- codéine : maladies respiratoires ou hépatiques ; grossesse ;
- amitriptyline : glaucome par fermeture de l'angle, infarctus myocardique récent, obstacle prostatique.

• *Rechercher des associations contre-indiquées ou déconseillées* :
- codéine : agonistes-antagonistes morphiniques ;
- amitriptyline : IMAO, autres antidépresseurs, antihypertenseurs centraux.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* :
- codéine : dépresseurs du SNC (effets sédatifs accrus) ;
- amitriptyline : anticholinergiques, anticonvulsivants, antihypertenseurs, baclofène ;
- prégabaline : benzodiazépines (risque de somnolence accru).

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Amitriptyline 4 % gouttes :** 15 gouttes le soir une demi-heure avant le coucher, posologie à augmenter à 25 gouttes après 15 jours si effet insuffisant et en l'absence d'effets indésirables significatifs.

• **Paracétamol 1 000 mg :** 1 cp matin et soir pour calmer les douleurs. 1 cp matin, midi et soir si résultat insuffisant. Ne pas dépasser 4 grammes/j.

• *Si les douleurs restent mal calmées,* prendre à la place du paracétamol : **paracétamol 500 + codéine 30,** 1 cp. 2 ou 3 fois/j. Ne pas dépasser 4 cp/j. Attention à la dépendance possible.

Prescription pour 3 mois avec réévaluation clinique à l'issue.

Prise en charge complémentaire

• Différentes techniques de relaxation peuvent être proposées : massages décontracturants, sophrologie, *training* autogène de Schultz, yoga, en fonction des possibilités locales et des préférences de la patiente. Une cure thermale en milieu rhumatologique peut également entraîner un bénéfice.

• Une prise en charge psychologique est nécessaire en cas de souffrance morale liée à l'évolution chronique et au retentissement personnel et social.

Situations particulières

En cas d'évolution rebelle ou de rechute, une épreuve pharmacologique par un anticonvulsivant est possible au prix d'effets indésirables fréquents : **prégabaline 150 mg**, débuter par 1 cp/j au repas du soir puis, après 7 jours, augmenter en fonction de la réponse et de la tolérance à 1 cp matin et soir puis éventuellement 3 cp/j la semaine suivante, soit 450 mg/j (amélioration > 50 % chez 25 à 30 % des patients). Une posologie de 600 mg/j est possible mais accroît nettement le risque d'intolérance.

SURVEILLANCE

- Il s'agit d'une pathologie chronique rebelle évoluant par poussées, nécessitant une prise en charge au long cours pour juger de la tolérance du traitement et de son efficacité qui n'est souvent que partielle.
- Les poussées peuvent être aggravés par le stress, les chocs émotionnels et les traumatismes.
- L'amitriptyline peut entraîner somnolence, sécheresse buccale et constipation.
- La codéine peut entraîner nausées, constipation et sensations vertigineuses.
- La prégabaline entraîne fréquemment somnolence et étourdissements.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Furonculose

RAPPELS

Infection profonde du follicule pileux à *Staphylococcus aureus*, la furonculose correspond à la survenue de plusieurs furoncles sur une période de quelques mois. Les complications possibles sont locorégionales, telles que l'abcès cutané ou la lymphangite, et rarement systémiques telles que la bactériémie. La staphylococcie maligne de la face est devenue exceptionnelle grâce aux antibiotiques. Par contre, le risque le plus important est le passage à la chronicité.

Diagnostic Clinique devant une lésion inflammatoire douloureuse centrée par un poil ou par un orifice d'où s'écoule du pus après élimination du follicule pileux nécrosé (bourbillon). Elle siège le plus souvent sur les fesses ou la nuque. Il n'y a pas de signes généraux d'infection. L'anthrax est un placard inflammatoire hyperalgique parsemé de pustules correspondant à un agglomérat de furoncles; il peut comporter des signes généraux.

Objectif thérapeutique Guérir la lésion et empêcher les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Recherche des *facteurs favorisants* : diabète, immunosuppression, atopie ou facteurs favorisant les frottements (obésité, hypersudation).
- Recherche d'un *portage de Staphylococcus aureus* par mise en culture des écouvillonnages pratiqués sur les gîtes (cicatrices d'anciens

furoncles, nez, oreilles, aisselles, périnée, ombilic). Cet examen, indispensable dans les formes chroniques et/ou récidivantes, permettra éventuellement de déterminer la sensibilité des staphylocoques aux antibiotiques et leur caractère éventuellement résistant à la méticilline (SARM).

- *Rechercher une possible interaction médicamenteuse avec la pristinamycine* : ciclosporine (élévation des taux plasmatiques).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement du furoncle simple

- Ne pas inciser ou manipuler les furoncles :
– **alcool 70° dénaturé :** un flacon de 20 mL ;
– compresses stériles 10 × 10 cm : appliquer une compresse imbibée d'alcool à 70° sur les furoncles matin et soir, ce qui accélère leur maturation.
- Protéger le furoncle avec une compresse nuit et jour.

Ordonnance en cas de furoncles multiples ou de furoncle situé dans la zone centrofaciale ou chez un patient ayant un terrain particulier (diabète déséquilibré, immunodépression)

Pristinamycine 500 : 2 cp matin, midi et soir aux repas pendant 10 jours.

Règles hygiénodiététiques

- Douche quotidienne à l'eau et au savon ordinaire.
- Lavage répété des mains.
- Port de vêtements larges.

Situations particulières

- En cas de prélèvements positifs à *Staphylococcus aureus* dans un ou plusieurs gîtes : **acide fusidique crème ou pommade** ou **mupirocine en pommade nasale :** 2 applications/j sur tous les sites positifs à *Staphylococcus aureus* et les cicatrices d'anciens furoncles.

Situations particulières (suite)

Traitement de 5 à 7 jours, à renouveler tous les mois pendant 6 mois.

- *Un métier impliquant des contacts avec des aliments* doit faire prescrire un arrêt de travail jusqu'à guérison.
- *Dans les cas réfractaires*, un prélèvement peut également être réalisé dans l'entourage proche avec traitement par antibiothérapie locale des gîtes positifs.

SURVEILLANCE

De la tolérance du traitement (pristinamycine) : troubles digestifs (réduits par la prise aux repas), réactions allergiques rares mais parfois graves.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Gale

RAPPELS

Infestation fréquente due à un acarien *Sarcoptes scabiei hominis*, transmis par contact direct au sein d'un couple, d'une famille, d'une institution, et entre soignant et soigné. Transmission indirecte possible par des vêtements, la literie, les serviettes, en particulier dans les gales profuses et hyperkératosiques. Incubation de 15 à 20 jours. Risque de surinfection avec impétigo (tout impétigo doit faire rechercher une gale sous-jacente) ou d'eczématisation secondaire.

Diagnostic Clinique associant, au niveau cutané :
- un prurit parfois intense, à recrudescence nocturne, souvent familial ;
- des lésions spécifiques : vésicules perlées et sillons scabieux, à topographie évocatrice (faces latérales des doigts, paumes des mains, poignets, face interne des cuisses, organes génitaux externes, région périmamelonnaire chez la femme, mains et pieds chez les nourrissons). Des papules des coudes, des régions axillaires et génitales sont associées. Le visage est le plus souvent respecté sauf dans les formes profuses ;
- des lésions peu spécifiques souvent associées : lésions de grattage, eczématisation.

En cas de doute, un examen parasitologique est possible : prélèvement effectué à l'extrémité d'un sillon, par un opérateur expérimenté. Les faux négatifs sont fréquents dans la gale commune.

Objectif thérapeutique Interrompre le prurit, éliminer le parasite et éviter la contamination de l'entourage.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- La gale est considérée comme une infection sexuellement transmissible. Une *sérologie VIH* doit être proposée au patient.
- *Recherche de contre-indications à l'ivermectine* : enfant de poids < 15 kg.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Ivermectine 3 mg :** 200 µg/kg en 1 prise unique *per os* au cours d'un repas. Nombre de comprimés à 3 mg en fonction du poids corporel :
  - 15 à 24 kg : 1 cp ;
  - 25 à 35 kg : 2 cp ;
  - 36 à 50 kg : 3 cp ;
  - 51 à 65 kg : 4 cp ;
  - 66 à 79 kg : 5 cp ;
  - si > 80 kg : 6 cp.

Traitement à renouveler à J14.

- **Crème émolliente** sur les lésions.
- **Effectuer la même ordonnance pour l'entourage du patient en fonction du type de gale (commune ou profuse).**

Règles hygiénodiététiques

Essentielles sous peine de réinfestation : laver les draps et les vêtements à 60 °C (le parasite meurt au-dessus de 55 °C). Si ce n'est pas possible, désinfection avec un **aérosol scabicide : A-par®** et isolement dans des sacs poubelles hermétiques pendant 72 h.

Pour l'entourage, un traitement antiscabieux et la désinfection doivent se faire simultanément suivant un protocole rigoureux, avec nécessité de traiter tous les sujets contacts, même sans symptômes (porteurs sains) :
- 1er cercle : les personnes ayant eu un contact cutané prolongé avec le cas (entourage familial proche, relations sexuelles, soins de nursing) ;
- 2e cercle : les personnes vivant ou travaillant dans la même collectivité ;

Situations particulières (suite)

– 3ᵉ cercle : les personnes visitant occasionnellement la collectivité, voire leur entourage.

En cas de gale commune, tous les sujets du 1ᵉʳ cercle doivent être traités, y compris les sujets asymptomatiques.

En cas de gale profuse, les sujets contacts du 2ᵉ cercle et, le cas échéant, ceux du 3ᵉ cercle doivent être traités.

Situations particulières

- *La gale profuse* (dont l'une des formes peut être hyperkératosique) doit être identifiée pour adapter les modalités de prise en charge devant une grande contagiosité. Elle a une définition clinique et surtout parasitaire (charge parasitaire importante). Elle se manifeste cliniquement par quelques atypies : sillons rouge vif, multiples papules et vésicules, atteinte du dos. La forme hyperkératosique peut être localisée ou érythrodermique. La forme profuse/hyperkératosique est liée notamment à un diagnostic tardif, à une application de dermocorticoïde (errance diagnostique), à une immunodépression et touche préférentiellement le sujet âgé institutionnalisé. Devant toute suspicion de gale profuse/hyperkératosique, il faut solliciter **un avis spécialisé et une hospitalisation** est souvent nécessaire pour isoler le patient en chambre seule (difficulté d'isolement de contact en institution).
- *Chez l'enfant de moins de 15 kg :* **benzoate de benzyle 10 %**, 1 application sur l'ensemble du corps pendant 12 h sans contact avec l'eau. Bien rincer ensuite.

SURVEILLANCE

Prévenir le patient du risque de prurit persistant jusqu'à 15 jours (maximum 1 mois) après le traitement. La persistance ultérieure du prurit doit faire évoquer un traitement insuffisant (mauvaise compréhension) ou une réinfestation précoce par des sujets en contact, plus rarement un eczéma.

Gastrite

RAPPELS

La gastrite aiguë est une inflammation de la muqueuse gastrique qui se manifeste par des douleurs épigastriques, d'apparition récente, parfois de type ulcéreux. Les principales causes sont : prise d'AINS, primo-infection à *Helicobacter pylori*, défaillance multiviscérale, prise de caustiques, intoxication alcoolique.

La gastrite chronique correspond à des lésions inflammatoires et/ou atrophiques plus ou moins étendues et sévères de la muqueuse gastrique. Cette dernière peut être le siège d'une métaplasie intestinale qui peut se compliquer de lésions dysplasiques (légère, modérée, sévère) et de cancer. Les gastrites chroniques, quelle qu'en soit la cause, sont des lésions précancéreuses et justifient une surveillance endoscopique.

Diagnostic

- Gastrite aiguë : l'examen endoscopique constate des lésions multiples, érythémateuses, pétéchiales, érosives, exulcérées. Les biopsies confirment le diagnostic.
- Gastrite chronique, les symptômes cliniques sont aspécifiques : asymptomatiques, douleurs épigastriques vagues ou syndrome ulcéreux.

Objectif thérapeutique Soulager le patient ; cicatriser les lésions gastriques ; éradiquer *Helicobacter pylori* en cas d'infection ; dépister des lésions précancéreuses.

- *Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont essentiels.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher des interactions médicamenteuses avec les IPP : atazanavir et nelfinavir (dont l'absorption est réduite de 75 %) ; clopidogrel (réduction de l'activité antiagrégante) ; les nombreux substrats du cytochrome P 2C19 (anticonvulsivants, antidépresseurs, antidiabétiques oraux, AINS, AVK (perturbations de l'INR), tamoxifène, voriconazole, etc.).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Oméprazole 20 mg : 1 gél./j. pendant 6 semaines.

Ordonnance en présence d'*Helicobacter pylori*

IPP + antibiothérapie :
- **oméprazole 20 mg :** 1 gél. matin et soir pendant 10 jours puis 1 seule gél./j pendant 6 semaines ;

+
- **amoxicilline 1 g :** 1 sachet de matin et soir pendant 5 jours ;

puis
- **clarithromycine 500 mg :** 1 cp matin et soir pendant 5 jours ;

et
- **métronidazole 500 mg :** 1 cp matin et soir pendant 5 jours.

Règles hygiénodiététiques

- Arrêt du tabac qui augmente la sécrétion acide.
- Éviter l'automédication, notamment à base d'AINS et d'aspirine.

Situations particulières

- *L'infection chronique* à Helicobacter pylori *entraîne une gastrite atrophique antrale* qui progresse de manière ascendante vers le fundus. Cette gastrite chronique de type B, dans sa forme évoluée, s'accompagne d'une achlorydrie par atrophie fundique. Le traitement repose sur l'éradication d'*Helicobacter pylori* (*cf.* ci-dessus) et du *contrôle systématique de l'éradication 4 semaines après le traitement par un test respiratoire*. Réaliser 2 ordonnances, l'une pour

Situations particulières (suite)

l'achat du test en pharmacie : **Helicobacter Test INFAI®**, l'autre pour sa réalisation en laboratoire.

• *La gastrite sur reflux bilieux* survient après cholécystectomie ou après anastomose gastrojéjunale. L'examen endoscopique objective souvent le reflux bilieux. Le traitement repose sur l'utilisation de cicatrisants : **sucralfate 2 g**, 1 sachet 2 fois/j 4 à 8 semaines.

• *La gastrite auto-immune de Biermer* est due à des autoanticorps ayant pour cible les cellules pariétales gastriques et le facteur intrinsèque (nécessaire à l'absorption de la vitamine B12). Elle se caractérise par une gastrite chronique de type A, prédominant dans le fundus, à l'origine d'une achlorydrie, et d'une carence en vitamine B12 :
– sur le plan digestif, nécessité d'une surveillance endoscopique régulière ;
– sur le plan carentiel en B12 : **vitamine B12 1 000 µg**, 1 ampoule par voie IM tous les 2 jours pendant un mois (pour corriger le déficit) puis 1 ampoule IM tous les 3 mois à vie. Un traitement par voie orale est possible à raison d'une ampoule à 1 000 µg/j ; cependant, l'absorption digestive est très médiocre et la compliance est incertaine → surveillance.

• *La maladie de Ménétrier* est une gastropathie hypertrophique géante : l'hyperplasie de l'épithélium mucosécrétant entraîne un épaississement de la muqueuse, à l'origine d'un exsudat riche en protéines gastriques avec amaigrissement, hypoprotidémie, syndrome œdémateux. Elle peut se compliquer de cancer.

SURVEILLANCE

En cas de risque de cancer, une surveillance endoscopique est indiquée :
– gastrite atrophique ou métaplasie intestinale sévère ou diffuse sans dysplasie : gastroscopie tous les 3 ans ;
– dysplasie de bas grade : gastroscopie tous les ans ;
– dysplasie de haut grade : résection.

Gastroentérite aiguë infectieuse

RAPPELS

Infection digestive fréquente, en règle bénigne et le plus souvent d'origine virale, la gastroentérite aiguë atteint essentiellement les enfants de moins de deux ans, avec un pic maximum entre six et douze mois. Mais elle concerne également les adultes, en particulier en collectivité, et les sujets âgés doivent faire l'objet d'une prise en charge attentive. Plus rarement, une origine bactérienne ou parasitaire peut être liée à une toxi-infection alimentaire ou à un voyage en zone à faible niveau d'hygiène.

Diagnostic Clinique sur l'association, dans un contexte fébrile, de douleurs abdominales, de vomissements et rapidement d'une diarrhée.

Le contexte épidémiologique oriente le diagnostic étiologique : gastroentérite virale en général épidémique, toxi-infection alimentaire familiale ou communautaire (toxi-infections alimentaires collectives : TIAC), diarrhée du voyageur.

Le germe doit être recherché systématiquement dans les selles au cours des TIAC pour des raisons thérapeutiques et médicolégales. En revanche, cette recherche n'est pas nécessaire dans une diarrhée épidémique probablement virale ou dans une diarrhée du voyageur dans sa phase initiale sauf terrain immunodéprimé ou débilité, tableau sévère (fièvre élevée, diarrhée sanglante, signes abdominaux marqués), antibiothérapie récente (recherche de *Clostridium difficile*) et diarrhée prolongée du voyageur (recherche de parasites).

Objectif thérapeutique La guérison étant généralement spontanée en quelques jours, la prise en charge doit assurer le maintien d'une hydratation suffisante et améliorer le confort du malade. La survenue d'une déshydratation, potentiellement sévère chez l'enfant et les sujets fragiles, doit faire l'objet d'une surveillance étroite pour envisager une hospitalisation pour réhydratation parentérale.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT EN AMBULATOIRE

- *S'assurer de l'absence de gravité* (déshydratation, météorisme abdominal marqué, syndrome dysentérique, hyperthermie majeure, terrain fragile, perte de poids > 8 % chez l'enfant) justifiant une hospitalisation.
- *S'assurer de l'absence de signe neurologique* associé (diplopie) devant faire suspecter un botulisme.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- Chez les sujets fragiles (enfants et en particulier nourrissons, sujets âgés), des **solutions de réhydratation orales (SRO)** type Adiaril®, Alhydrate®, etc. sont nécessaires, administrées 2 fois/h en petite quantité, en fonction de la tolérance.
- **Lopéramide 2 mg :** 2 gél. initialement, puis 1 gél. après chaque selle sans excéder 8 gél./j chez l'adulte. Chez l'enfant > 8 ans, même posologie mais dose maximale : 12 mg/j. Chez l'enfant > 2 ans, **lopéramide solution buvable (0,2 mg/mL) :** 0,1 mg/kg/j, soit une dose à chaque selle liquide sans dépasser 5 prises/j.
- **Métoclopramide 10 mg :** 1 cp 3 fois/j en cas de vomissements chez l'adulte (chez l'enfant, ce médicament est réservé aux vomissements associés aux chimiothérapies).
- La prescription d'antibiotiques est inutile en dehors des formes sévères d'origine bactérienne.

Règles hygiénodiététiques

- Exclusion des laitages (chez le nourrisson, alternance des tétées et de solutions SRO). Boissons abondantes (salées et sucrées). En l'absence de SRO, le Coca-Cola™ peut être utilisé.
- Régime à base de riz, carottes, bananes.
- La prévention repose essentiellement sur le renforcement des mesures d'hygiène des mains et des surfaces (lavage soigneux des mains au savon après passage aux toilettes, après avoir changé les bébés et avant les repas).

Situations particulières

Les diarrhées à germes invasifs se manifestent par un syndrome dysentérique (douleurs violentes, diarrhée glaireuse ou sanglante,

Situations particulières (suite)

fièvre, altération de l'état général). La coproculture et l'examen parasitologique des selles sont indispensables. Les ralentisseurs du transit intestinal (lopéramide) sont contre-indiqués. Le traitement, adapté à l'étiologie, doit être mis en œuvre en milieu hospitalier lorsqu'une hydratation parentérale est indispensable (formes prolongées, vomissements, hyperthermie sévère).

SURVEILLANCE

- La surveillance clinique porte sur le transit intestinal, la recherche de signes abdominaux et généraux (fièvre), le poids chez l'enfant et la recherche de signes de déshydratation : une hospitalisation est systématique si perte de poids > 8 %, troubles de conscience, vomissements incoercibles ou sang dans les selles.
- Dans les formes sévères, prolongées, ou survenant sur un terrain fragile, un suivi de la fonction rénale et du ionogramme sanguin est indiqué en milieu hospitalier. La suspension transitoire d'un traitement diurétique ou antihypertenseur doit être envisagée, en particulier chez les sujets âgés.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

Goutte

RAPPELS

Liée à des dépôts de cristaux d'urate de sodium, préférentiellement dans les articulations, les reins et le tissu sous-cutané, la goutte touche 1 % des hommes, avec un pic d'incidence maximal de 50 à 60 ans. Beaucoup plus rare chez la femme, la goutte est souvent secondaire.

Diagnostic Devant une arthrite aiguë, affectant initialement le gros orteil puis pouvant toucher toutes les articulations, volontiers récidivante. Présence de microcristaux d'urate de sodium dans le liquide synovial. Hyperuricémie > 70 mg/L chez l'homme ou 60 mg/L chez la femme (pendant la crise, l'uricémie peut être normale et doit alors être contrôlée à distance). Dépôts intra-articulaires ou sous-cutanés d'urate de sodium (tophus para-articulaires ou auriculaires).

Objectif thérapeutique

- À court terme : réduire l'inflammation et la douleur articulaires.
- À long terme : réduire les accès goutteux et éviter les complications, notamment rénales.

- *La mise en place d'une bonne hygiène de vie et d'un régime visant à réduire l'hyperuricémie est essentielle.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'un facteur déclenchant* : médicamenteux (diurétique, chimiothérapie, etc.), insuffisance rénale, affection intercurrente.
- *Recherche de contre-indications aux anti-inflammatoires non stéroïdiens* : ulcère digestif en évolution, insuffisance rénale ou hépatique sévère, grossesse.
- *Recherche de contre-indications à la colchicine* : insuffisance rénale ou hépatique sévère.
- *Recherche d'un terrain à risque* : insuffisance rénale, comorbidités telles qu'hyperlipidémie, hypertension artérielle, hyperglycémie, obésité, alcoolisme, tabagisme.
- *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées* :

– AINS : anticoagulants, lithium, méthotrexate à forte dose, ticlopidine, aspirine à forte dose ;
– colchicine : inhibiteurs enzymatiques, en particulier macrolides et pristinamycine ;
– allopurinol : amino- et amidino-pénicillines, azathioprine, mercaptopurine, vidarabine, antivitamines K, sulfamides hypoglycémiants, théophylline.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la crise aiguë de goutte

- **Colchicine :**

– le premier jour : 1 cp à 1 mg suivi une heure plus tard d'une prise de 0,5 mg ;
– puis 1 cp à 1 mg/j durant 15 jours après l'arrêt de la crise.

- L'utilisation d'un AINS est possible à la place de la colchicine : **naproxène 550**, 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 7 jours.
- **Immobilisation de l'articulation** concernée et **application de glace** 10 minutes, 3 fois/j sur l'articulation (jamais sur la peau directement mais à travers une serviette humide).

Ordonnance de traitement hypo-uricémiant au long cours

Un tel traitement n'est indiqué qu'en cas d'accès goutteux récidivants, d'arthropathies destructrices, de tophus ou de complications rénales (lithiase urique, insuffisance rénale).

- **Allopurinol 100 mg :** 1 cp/j, à prendre pendant le repas, posologie à adapter au bout de 2 mois afin d'obtenir une uricémie inférieure à 60 mg/L (360 µmol/L). La dose maximale est de 900 mg/j si la fonction rénale est normale. Si clairance créatinine < 80 mL/min et > 40 mL/min, dose maximale : 200 mg/j. Traitement à poursuivre à vie.
- **Colchicine :** 0,5 mg/j pendant les 6 premiers mois d'un traitement par Allopurinol.

Règles hygiénodiététiques

- Régime sans alcool ni bière (le vin reste possible), pauvre en purines (viandes, abats, crustacés).
- Régime hypocalorique pour réduire l'excès pondéral s'il existe et correction des autres facteurs de risque cardiovasculaires.

Règles hygiénodiététiques (suite)

• Alcalinisation des urines pour dissoudre les concrétions uriques (contrôle d'un pH urinaire > 7) : **eaux minérales alcalines** telles que Vichy (mais apport sodé), ou **Foncitril 4000® :** 1 sachet 1 à 3 fois/j, en fonction du pH.

Situations particulières

• *En cas d'insuffisance d'efficacité du traitement classique* de la crise de goutte, il est possible de recourir à une ponction-infiltration de l'articulation atteinte ou à une cure courte de corticoïdes *per os* : **prednisone**, 30 mg/j en 1 prise matinale durant 5 à 7 jours.

• *En cas de crise de goutte sévère et réfractaire*, le recours en milieu spécialisé à un **anti-IL1** a souvent une efficacité spectaculaire.

• *En cas d'inefficacité ou d'intolérance à l'allopurinol*, il est possible de recourir à un autre inhibiteur de la synthèse purinique : **fébuxostat**, 80 mg/j en 1 prise (également associé à la colchicine pendant 6 mois pour prévenir le déclenchement de crises de goutte).

• *En cas d'inefficacité ou d'intolérance des inhibiteurs de l'uricosynthèse*, il est possible, s'il n'y a pas d'hyperuricurie, ni d'insuffisance rénale, ni d'antécédent de lithiase urinaire urique, de recourir aux uricosuriques : **probénécide**, 500 mg matin et soir.

• *En cas d'hyperuricémie secondaire à la prise de diurétiques* pour hypertension artérielle, il est préférable de changer de traitement.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : disparition ou régression du nombre de crises de goutte, normalisation de l'uricémie inférieure à 60 mg/L.

• Des effets indésirables liés à la **colchicine** : nausées, diarrhée (premiers signes de surdosage), agranulocytose (y penser si fièvre), myopathie (si insuffisance rénale). À l'**allopurinol :** crise de goutte (en l'absence de colchicine en début de traitement), diarrhée, toxidermie potentiellement grave, hépatite, gynécomastie, neuropathie.

Grippe

RAPPELS

Infection due au virus *influenza*, qui se transmet par voie aérienne. Sa multiplication dans l'arbre respiratoire explique les manifestations cliniques essentiellement bronchopulmonaires. La réponse immunologique de l'organisme (production de protéines antivirales de type interférons, etc.) explique en partie la fièvre et les myalgies qui sont caractéristiques de la maladie.

Diagnostic Clinique le plus souvent dans une période épidémique : le syndrome grippal débute brutalement, après une incubation de 1 à 3 jours, par des signes généraux marqués (fièvre élevée, frissons, asthénie, anorexie) et des myalgies diffuses. Il s'y associe fréquemment des céphalées. Les symptômes respiratoires sont dominés par la toux, un coryza (60 %) et une odynophagie. La fièvre est continue, disparaissant en 3 à 4 jours, parfois jusqu'à 8 jours.
Remarque : le risque en période épidémique est d'effectuer le diagnostic de grippe par excès et de méconnaître les autres causes de syndrome grippal :
- infections bactériennes pulmonaires à germe intracellulaire (*Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia psittaci, Coxellia burnetti, Legionella pneumophilia, Chlamydia pneumoniae*) ;
- primo-infection par le VIH (importance de l'interrogatoire et des signes cutanéomuqueux) ;
- bactériémie quel que soit le point de départ, et endocardite infectieuse chez le patient valvulaire ;
- paludisme chez un patient au retour des tropiques.

Objectif thérapeutique Essentiellement symptomatique (fièvre et toux) mais un traitement étiologique précoce est proposé chez les patients à risque.

➡ *La vaccination est le traitement préventif de référence. 10 à 15 jours après l'injection, elle assure une protection de 70 à 90 %, persistant pendant un an.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher une insuffisance rénale : réduire de moitié la posologie de l'inhibiteur de la neuraminidase si ClCr < 30 mL/min. Utilisation non recommandée en dessous de 10 mL/min et chez les patients dialysés.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Paracétamol :**
– chez l'adulte : 1 g 3 fois/j (ne pas dépasser 4 g/j) ;
– chez l'enfant : 15 mg/kg/j 4 fois/j.
Éviter l'aspirine chez l'enfant < 12 ans en raison du risque de survenue d'un syndrome de Reye parfois mortel (encéphalopathie et atteinte hépatique).

• **Codéine camphosulfonate adulte :** 3 à 4 cp/j ou 3 à 4 cuillères à soupe/j en cas de toux sèche invalidante avec insomnie mais contre-indiqué en cas d'encombrement bronchique ou d'insuffisance respiratoire.
Aucune indication pour les corticoïdes.
Aucune indication pour les antibiotiques en l'absence de signes patents de surinfection.

Règles hygiénodiététiques

• Hydratation abondante.

• Repos durant la phase fébrile.

Situations particulières

• *Chez les patients suspects de grippe et présentant un terrain à risque* (> 65 ans, immunodéprimés, maladies chroniques cardiorespiratoires ou diabète, IMC > 40 kg/m^2, femmes enceintes mais aussi professionnels de santé ou personnels de collectivité), un traitement étiologique doit être pris le plus tôt possible après le début des symptômes et en pratique dans les 48 h maximum chez l'adulte et 36 h chez l'enfant.
Oseltamivir :
– 75 mg 2 fois/j pendant 5 jours chez l'adulte et l'enfant > 40 kg ;

Situations particulières (suite)

– chez l'enfant > 1 an, utiliser la suspension buvable :
- 30 mg 2 fois/j jusqu'à 15 kg,
- 45 mg 2 fois/j jusqu'à 23 kg,
- 60 mg 2 fois/j jusqu'à 40 kg.

Ce traitement curatif, à condition d'être débuté le plus tôt possible, peut atténuer les symptômes, réduire de 24 h la durée de la maladie et potentiellement les risques de complications. Cependant, son efficacité sur la prévention des formes graves n'est pas établie.

• *Chez les patients suspects de grippe sans terrain à risque ni signe de gravité*, l'indication d'un traitement étiologique n'est pas systématique. Cette recommandation peut évoluer en fonction des caractéristiques de virulence de la souche épidémique.

• *Chez les sujets non vaccinés en contact d'un cas clinique*, un traitement étiologique peut être proposé en fonction d'un éventuel terrain à risque. Il doit être utilisé le plus tôt possible et, dans ces conditions, prévient la transmission dans 80 % des cas.

Oseltamivir :
– 75 mg 1 fois/j pendant 10 jours chez l'adulte et l'enfant > 40 kg ;
– chez l'enfant > 1 an, utiliser la suspension buvable :
- 30 mg 1 fois/j jusqu'à 15 kg,
- 45 mg 1 fois/j jusqu'à 23 kg,
- 60 mg 2 fois/j jusqu'à 40 kg.

SURVEILLANCE

• *De la tolérance du traitement :* nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales.

• *De l'évolution favorable de la grippe :* rarement peuvent survenir des complications respiratoires (bronchite, pneumonie bactérienne), ORL (sinusite, otite), cardiologiques (myocardite, péricardite) et neurologiques (encéphalite et polyradiculonévrite). Enfin, la grippe peut être maligne avec survenue d'une pneumonie entraînant une détresse respiratoire aiguë.

H

Hémochromatose

RAPPELS

Hyperabsorption digestive du fer alimentaire d'origine génétique entraînant une surcharge progressive de l'organisme en fer qui peut induire des complications graves : cirrhose, diabète, myocardiopathie, cancer du foie.

Diagnostic Biologique, par un test génétique qui révèle la présence sur le chromosome 6 de la mutation C282Y à l'état homozygote[1] (c-à-d héritée du père et de la mère). Ce test doit être réalisé dans deux circonstances :
– dans le cadre d'un dépistage familial (enfants, parents, fratrie) lorsqu'un diagnostic d'hémochromatose a été établi chez un sujet ;
– lorsqu'un bilan du fer sanguin révèle un coefficient de saturation de la transferrine > 45 %. Ce bilan du fer doit être effectué devant des situations cliniques variées : asthénie chronique, polyarthrite séronégative en particulier des mains et des poignets, ostéoporose, diabète, hypogonadisme, myocardiopathie, mélanodermie, hypertransaminasémie modérée, cirrhose, cancer du foie. Cependant, de nombreux malades ne manifestent aucun signe ou symptôme avant la survenue d'une complication.

Une biopsie hépatique peut être nécessaire pour juger de l'état pathologique du foie (valeur pronostique importante de la présence d'une cirrhose) et/ou pour quantifier la surcharge en fer.

1. Chez 5 à 10 % des malades, des mutations plus rares ou d'autres types d'hémato-chromatoses génétiques peuvent être observés.

Objectif thérapeutique

• *Stopper l'évolution chronique de la maladie* pour éviter les complications (en particulier l'hépatocarcinome) ou améliorer leur contrôle.

• *Réduire au plus vite la surcharge en fer* puis éviter sa récidive.

• *Obtenir une réduction de la ferritinémie* < 50 µg/L, objectif biologique qu'il faudra impérativement maintenir au long cours. C'est le meilleur témoin du contrôle de la surcharge en fer.

➠ *Les saignées répétées constituent le traitement de base pour la soustraction de fer (500 mL de sang contiennent 250 mg de fer).*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Assurer un diagnostic de certitude* : une élévation de la ferritinémie > 1 000 µg/L correspond plus de 9 fois sur 10 à un autre diagnostic (syndrome inflammatoire, hépatosidérose dysmétabolique, hépatite aiguë, alcoolisme chronique, hémopathies).

• *Ne traiter que s'il existe une surcharge en fer* (hyperferritinémie + coefficient de saturation de la transferrine > 45 % ; mesure par IRM hépatique) car l'homozygotie C282Y peut rester totalement latente.

• *Rechercher une complication* : hépatique, diabétique, gonadique, osseuse.

• *Rechercher une contre-indication durable aux saignées* : anémie chronique, dysmyélopoïèse, autres hémopathies, intolérance à la soustraction sanguine.

• *Une coronaropathie ne constitue pas une contre-indication mais* nécessite de réduire le volume des saignées avec une surveillance particulière.

• *Rechercher une contre-indication temporaire aux saignées* : grossesse, fièvre, affection aiguë, déshydratation, etc.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Faire réaliser sous surveillance médicale chez un sujet allongé (le plus souvent dans un centre spécialisé ou dans un centre de transfusion) une **saignée de 7 mL/kg** sans dépasser 550 mL. Le sang retiré est éliminé comme déchet biologique. **Il est préférable que le patient ne soit pas à jeun pour améliorer la tolérance du prélèvement.**

• Pendant la phase de désaturation, la fréquence des saignées est hebdomadaire jusqu'à l'obtention d'une ferritinémie < 50 µg/L. Selon l'importance de la surcharge initiale, cette phase peut durer de un à trois ans.

• Puis, durant la phase d'entretien, la fréquence des saignées est de tous les 2 à 4 mois selon les patients pour maintenir une ferritinémie < 50 µg/L. Ce traitement d'entretien est définitif.

Règles hygiénodiététiques

• La consommation d'alcool doit être proscrite car elle constitue le principal facteur de cirrhose hépatique et d'hépatocarcinome chez les malades.

• La prise de médicaments potentiellement hépatotoxiques doit être limitée au maximum.

• Il n'y a aucun régime alimentaire à suivre. La prise de thé est recommandée car elle réduit l'absorption digestive du fer.

• Éviter de prendre de la vitamine C sous forme pharmaceutique qui accroît l'absorption digestive du fer.

Situations particulières

• *Lorsque les saignées sont contre-indiquées*, un chélateur du fer est utilisé : **déféroxamine,** 20 à 60 mg/kg/jour en perfusion sous-

Situations particulières (suite)

cutanée continue, à la pompe électrique, durant 8 à 12 heures chaque jour, à renouveler 5 fois/semaine.
L'administration nocturne est la moins contraignante mais elle n'est pas toujours possible chez les sujets âgés.
Ce traitement est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère et durant la grossesse.

- *Durant une grossesse*, les saignées sont interrompues sans autre traitement spécifique. Un transfert du stock de fer maternel s'effectue physiologiquement vers le fœtus pour lequel il n'y a pas de risque particulier.
- *En cas de cirrhose*, des saignées de volume réduit sont recommandées pour améliorer leur tolérance mais la désaturation reste nécessaire.

SURVEILLANCE

- *De la tolérance des saignées, clinique* (hypotension, asthénie) et *biologique* (hémoglobinémie < 120 g/L) → volume réduit +/− espacement si nécessaire.
- *De l'efficacité du traitement* : en cas de forte surcharge, la baisse progressive de la ferritinémie peut nécessiter plusieurs mois en phase initiale. La phase de désaturation terminée, la ferritinémie doit rester < 50 µg/L).
- Recherche et prise en charge *de facteurs de risque hépatiques associés* : sérologies HVB, HVC, alcoolisme, médicaments hépatotoxiques.
- Recherche annuelle *d'une complication* : diabète, cirrhose, hépatocarcinome (en cas de cirrhose constituée initiale, un dépistage bisannuel associe une échographie hépatique et le dosage des α-fœtoprotéines sanguines).
- Une enquête familiale est indispensable pour dépister des parents affectés par la maladie (fratrie dans laquelle le risque est le plus souvent de 25 % ; parents, enfants).

Hémorroïdes

RAPPELS

Manifestations anales liées aux complications des dilatations veineuses normales sous-muqueuses (hémorroïdes internes) ou sous-cutanées (hémorroïdes externes) des plexus hémorroïdaires. Affection très fréquente (> 30 % de la population), favorisée par la grossesse et les troubles du transit.

Diagnostic Clinique devant des douleurs ou une gêne intermittente (sensation de chaleur ou de pesanteur périnéale accentuée lors du passage de la selle ou de l'exercice physique), la souillure du linge et des rectorragies, évoluant par crises. Ces dernières sont parfois consécutives à un épisode diarrhéique ou de constipation, ou à un excès de table (alcool, plats épicés). Elles durent habituellement deux à quatre jours et se traduisent lors de l'examen endoscopique par un aspect congestif, œdémateux et parfois un semis de microthromboses.
La thrombose hémorroïdaire externe est fréquente, entraînant une douleur de début brutal, intense et continue, qui n'est pas augmentée par la défécation. En l'absence de traitement, la douleur se calme en 2 à 7 jours, laissant place à une marisque.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur, régulariser le transit et prévenir les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Recherche de contre-indications : aux mucilages (colopathies inflammatoires, syndrome occlusif), *aux anti-inflammatoires non stéroïdiens* (ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse).

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de symptômes persistants

On peut associer durant 3 à 7 jours un traitement local, un laxatif et un veinotonique. Un antalgique est réservé aux formes intenses ou résistantes :
– **crème antihémorroïdaire à base de carraghénates, dioxyde de titane, oxyde de zinc :** 1 application matin et soir et après chaque selle, sans dépasser 4 applications par jour (cette formulation peut comporter également un anesthésique, la **lidocaïne**);
– **ispaghul sachets :** 1 sachet avant chaque repas, en évitant l'absorption en position allongée;
– **diosmine 300 mg :** 4 à 6 cp/j au moment des repas;
– **kétoprofène 100 mg :** 2 cp/j pendant la durée la plus courte possible.

Ordonnance en cas de thrombose hémorroïdaire externe

L'**extraction du caillot sous anesthésie locale** soulage immédiatement le malade. Après **injection de lidocaïne à 1 %** sous et autour du caillot, incision le long des plis radiés, excision des berges et extraction du caillot.

Règles hygiénodiététiques

- Le traitement de la constipation chronique est indispensable et repose sur des boissons abondantes, une alimentation riche en fibres et une activité physique régulière.
- Suppression des sucres d'absorption rapide (sucre pur, confitures, sodas, gâteaux).

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement* : disparition des douleurs en 48 à 72 heures.
- *Des effets indésirables éventuellement engendrés par les AINS* : dyspepsie, nausées, douleurs abdominales, douleurs gastriques, vomissements.
- La maladie hémorroïdaire s'accompagne parfois de symptômes qui doivent faire évoquer une affection associée : le caractère durable post-défécatoire de la douleur (fissure anale); la présence de pus dans les sous-vêtements (fistule anale); une tuméfaction permanente péri-anale peut être séquellaire (marisque) mais doit faire évoquer une affection associée, bénigne (fistule) ou non (cancer).

NOTES PERSONNELLES

Herpès cutanéomuqueux

RAPPELS

Infection à *Herpes simplex virus 1 ou 2* dont les localisations les plus fréquentes sont orofaciales et génitales.

Diagnostic Clinique : la primo-infection se manifeste lorsqu'elle est symptomatique par une gingivostomatite aiguë ou une atteinte génitale (vulvovaginite chez la femme, moins symptomatique chez l'homme) faite d'érosions coalescentes post-vésiculeuses associées à de la fièvre et des adénopathies. Le virus reste ensuite quiescent dans les ganglions sensitifs. La réactivation virale se présente sous la forme d'une petite plaque érythémateuse recouverte de vésicules en tête d'épingle, groupées en bouquet, récidivantes dans un même territoire. Un prélèvement cutanéomuqueux pour PCR permet de confirmer le diagnostic dans les formes atypiques.

Objectif thérapeutique

- *Pour la primo-infection*, l'objectif est de réduire la durée d'évolution de l'éruption, des signes généraux et de la douleur.
- *Pour les récurrences*, l'objectif du traitement intermittent (pris uniquement lors de la survenue de la récurrence) est de raccourcir la durée des symptômes (il peut même éviter la survenue de la poussée s'il est donné dès les premiers symptômes) et l'objectif du traitement suppressif (traitement au long cours) est de réduire la fréquence des récurrences et de l'excrétion virale.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications* : insuffisance rénale impliquant une adaptation des doses du traitement antiviral et une hydratation suffisante.
- *Recherche de terrains à risque* : patients immunodéprimés pour lesquels l'évolution et le traitement peuvent être différents ; femme enceinte pour laquelle la survenue d'un herpès génital implique une prise en charge spécifique compte tenu du risque potentiel d'herpès néonatal.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de primo-infection herpétique

Valaciclovir : 1 cp à 500 mg matin et soir (adulte et enfant de plus de 12 ans), pendant 5 à 10 jours.

Ordonnance en cas de récurrence herpétique

Traitement épisodique débuté dès les prodromes (picotements, rougeurs) annonçant la récurrence :
- **valaciclovir :** 1 cp à 500 mg matin et soir pendant 3 à 5 jours ;
- pour les récurrences orolabiales, traitement minute possible : **valaciclovir**, 4 cp à 500 mg matin et soir, 1 seul jour.

Ordonnance en cas de traitement suppressif continu

Traitement continu pendant une durée de 6 à 12 mois, si au moins 6 récurrences par an : **valaciclovir**, 1 cp à 500 mg par jour, 6 à 12 mois.

Règles hygiénodiététiques

- Informer le malade sur l'histoire naturelle de l'infection et sur le fait que le traitement n'est pas curatif.
- Prendre en charge la douleur : **paracétamol**, 1 g 3 à 4 fois/j (dose maximale).
- Pour les récurrences herpétiques génitales : préconiser l'**utilisation du préservatif lors des poussées**. Toutefois, une excrétion virale, et donc un risque de transmission au partenaire, existe également en dehors des poussées. Le traitement antiviral suppressif continu diminue le risque de transmission de moitié.

Situations particulières

- *Chez l'enfant :*
– de 6 à 12 ans : **aciclovir 200 mg**, 5 cp/j ;
– de 2 à 6 ans : **aciclovir suspension buvable 200 mg/5 mL**, 5 doses de 5 mL (200 mg)/j, à prendre à intervalles réguliers.
- *En cas de primo-infection orofaciale (gingivostomatite) empêchant l'alimentation :* **aciclovir 250 mg poudre pour solution injectable**, 5 mg/kg en perfusion IV sur une heure toutes les 8 heures. Le produit doit être dilué dans 100 mL de NaCl isotonique pour obtenir une concentration < 5 mg/mL.

SURVEILLANCE

De la tolérance du traitement : rares réactions allergiques ; surveillance de la fonction rénale si insuffisance rénale préalable.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Hoquet persistant chez l'adulte

RAPPELS

Contraction spasmodique, involontaire et incontrôlable des muscles inspiratoires, concomitante d'une constriction de la glotte responsable d'un bruit caractéristique, le hoquet est une manifestation banale qui ne dure généralement que quelques minutes. Cependant, sa persistance provoque douleur, fatigue et insomnie et affecte l'alimentation, la conversation et la concentration. Le plus souvent idiopathique (excitation du nerf phrénique ou du nerf vague), le hoquet peut être révélateur d'une pathologie abdominale ou thoracique voire d'une maladie métabolique. Il peut survenir en phase terminale, source majeure d'inconfort.

Diagnostic Évident si l'on assiste à la crise. Sinon, et dans les cas douteux, penser à une crise dystonique aiguë, à des myoclonies ou à une dyskinésie paroxystique.

Objectif thérapeutique Soulager le patient, faire céder les crises et éviter leur récidive.

Alors qu'une crise de hoquet aigu est parfaitement bénigne, ne nécessitant ni examen complémentaire ni traitement, une forme récidivante ou prolongée > 48 heures nécessite un bilan morphologique et biologique. En cas de hoquet symptomatique, un traitement étiologique est nécessaire. Dans l'immédiat, après l'échec de manœuvres physiques simples, un traitement pharmacologique est proposé malgré l'absence de validation rigoureuse.

PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de la prise de médicaments susceptibles d'induire un hoquet* : corticoïdes, psychotropes, antiparkinsoniens, antibiotiques, sétrons, darunavir, étoposide, *etc.*

• *Recherche de contre-indications* :
– dompéridone ou métoclopramide : allongement de QT, hémorragie, obstruction ou perforation digestive, insuffisance hépatique ;
– neuroleptiques : glaucome, risque de rétention urinaire, porphyries, allongement de QT ;
– acide valproïque : hépatites, porphyries, grossesse ;
– baclofène : myasthénie, maladie de Parkinson, grossesse.

• *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées* :
– inhibiteurs de la pompe à protons : atazanavir ;
– dompéridone ou métoclopramide : anticholinergiques ;
– neuroleptiques : antiparkinsoniens, lithium, anticholinergiques.

• *Recherche de patients à risques* : insuffisants hépatiques et/ou rénaux.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Pour interrompre une crise de hoquet, de nombreuses manœuvres physiques ont été proposées, qu'il est simple de tester ou d'apprendre au sujet affecté, bien qu'elles ne soient pas validées :
– inspiration forcée et bloquée un temps maximum ;
– boire très lentement un grand verre de liquide ;
– massage du plexus cervical à la face latérale du cou ;
– manœuvre dite « de Van Wijlick » : bomber la poitrine, rapprocher les omoplates et reculer les épaules le plus en arrière possible pendant plusieurs secondes ;
– attouchement de la paroi postérieure du pharynx ; compression prudente des globes oculaires, *etc.*

• En cas d'échec, un traitement à visée prokinétique œso-gastroduodénale et cicatrisant œsophagien peut être proposé dans un premier temps, associé à un anxiolytique :
– **dompéridone 10 mg :** 1 cp 3 fois/jour avant les repas (posologie à ne pas dépasser) durant 7 jours au maximum ;
– **oméprazole 20 mg :** 2 gél./jour à poursuivre 4 semaines en cas de résultat favorable ;
– **oxazépam 10 mg :** 1 cp le soir au coucher, voire 1 cp matin et soir.

• En cas d'échec, différents traitements ont été proposés :
– soit **baclofène 10 mg :** 5 mg matin et soir, posologie à augmenter par paliers de quelques jours jusqu'à 20 mg 3 fois/jour (médicament à privilégier, sous surveillance) ;
– soit **gabapentine 300 mg :**
  • 300 mg le 1er jour le soir,
  • 300 mg 2 fois/j le 2e jour,
  • 300 mg 3 fois/j ensuite, voire 4 fois/j ;

Ordonnance (suite)

– soit **chlorpromazine 25 mg :** ½ cp matin et midi et 1 cp le soir, posologie pouvant être doublée après quelques jours en cas d'inefficacité et de tolérance correcte (seul médicament approuvé par la Food and Drug Administration [FDA] dans cette indication) ;
– l'association **baclofène + gabapentine** est possible en dernier recours.

Mesures hygiénodiététiques

• Éviter une distension gastrique rapide (repas trop copieux et/ou ingurgités trop rapidement, absorption excessive de boissons).

• Favoriser une vie plus calme, des activités de détente, un repos suffisant.

SURVEILLANCE

• La persistance du hoquet, surtout à une cadence rapprochée, peut conduire à une hospitalisation pour réhydratation et traitement par voie injectable et/ou à plus fortes doses.

• La prescription de baclofène, de gabapentine ou de chlorpromazine nécessite de contrôler l'absence de survenue d'une somnolence excessive, d'étourdissements, d'ataxie, voire de confusion.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

Horton (maladie de)

RAPPELS

Panartérite inflammatoire subaiguë du sujet âgé, à cellules géantes (artérite granulomateuse).

Diagnostic Devant un tableau ± complet associant céphalées, manifestations rhumatologiques (pseudopolyarthrite rhizomélique), altération de l'état général (asthénie, amaigrissement, fièvre), troubles visuels à un syndrome inflammatoire biologique. La palpation des artères temporales peut révéler une induration, une hypersensibilité ou une abolition du pouls. Une biopsie d'artère temporale peut confirmer le diagnostic mais sa sensibilité est imparfaite (60 %).

Objectif thérapeutique Prévention d'une cécité par ischémie du nerf optique, amélioration de l'état général et des manifestations articulaires, normalisation du syndrome inflammatoire.
La corticothérapie au long cours (au moins 24 mois) est la base incontournable du traitement.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications* (très rares) : ATCD de troubles psychiques sévères sous corticoïdes, viroses en évolution (herpès, varicelle, zona), états infectieux non contrôlés.

• *Recherche de terrains à risque qu'il faudra traiter ou contrôler* (fréquents) : diabète, ATCD d'ulcère digestif, ostéoporose, tuberculose.

• *Recherche d'associations déconseillées* : aspirine > 1 g/24 h (accroissement du risque hémorragique) ; vaccins vivants.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : autres médicaments hypokaliémiants, anticoagulants oraux, inducteurs enzymatiques, digitaliques.

• Recherche de complications de la maladie : examen ophtalmologique ; sténose des gros troncs artériels (écho-Doppler) ; ECG ; aortite (scanner).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Prednisone**, en une seule prise au petit déjeuner :
– 0,80 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,60 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,40 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,30 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,20 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– puis, en fonction de l'évolution clinique et biologique, maintenir un plateau d'environ 5 à 10 mg/j pendant 18 à 24 mois avant d'envisager un sevrage.

• **Calcium (1 000 mg) + vitamine D3 (880 UI) :** 1 sachet/j dans un grand verre d'eau en dehors des repas, durant toute la durée du traitement corticoïde.

Règles hygiénodiététiques

• Régime hyposodé standard (4 g de sel/j, soit 1 600 mg de sodium).

• Suppression des sucres d'absorption rapide (sucre pur, confitures, sodas, gâteaux).

• Régime riche en protéines et en calcium.

• Ne pas accroître l'apport calorique (risque de prise de poids).

• Activité physique régulière pour lutter contre le risque d'atrophie musculaire.

Situations particulières

• *En cas de manifestations ophtalmologiques ou vasculaires subaiguës*, le traitement doit être débuté en urgence par voie injectable, associé à un traitement antiagrégant et anticoagulant :
– **méthylprednisolone :** 1 à 5 mg/kg/j pendant 3 jours, avant relais par voie orale de **prednisone :** 1 mg/kg/j ;

Situations particulières (suite)

– **acétylsalicylate de lysine :** 1 injection IV lente de 500 mg puis 1 sachet de 160 mg/j ;
– **tinzaparine :** 175 UI/kg/j en 1 injection SC pendant 4 semaines par IDE ;
– **oméprazole :** 1 cp à 20 mg/j.

• *Ostéoporose*, chez les femmes ménopausées et les hommes à risque élevé de fractures, adjonction d'un traitement préventif de l'ostéoporose par vitamine D et diphosphonate :
– **vitamine D3 :** une ampoule de 100 000 UI à renouveler tous les 3 mois durant le traitement corticoïde ;
– **acide zolédronique :** une perfusion IV de 5 mg en 15 minutes, 1 fois/an (contre-indiqué si ClCr < 35 mL/min).

• *Diabète* : surveillance plus étroite de l'équilibre glycémique et renforcement du traitement oral ou passage à l'insuline si nécessaire.

• *Antécédent d'ulcère digestif* : gastroscopie et traitement antiulcéreux par **oméprazole,** 1 cp à 20 mg/j en l'absence de lésion évolutive (en cas d'ulcère, 40 mg durant 4 à 6 semaines puis 20 mg).

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement* : disparition en 48 à 72 heures des manifestations cliniques et normalisation progressive du syndrome inflammatoire ; VS + CRP ou fibrinogène (+ numération globulaire initialement) à J7, J21 puis mensuel pendant 3 mois puis tous les 3 mois.

• *Des effets indésirables engendrés par l'hypercorticisme* : HTA, surpoids, œdèmes, hypokaliémie (contrôle à J7, à renouveler si anomalie ou prescription de potassium), diabète, amyotrophie, ostéoporose, cataracte, syndrome cushingoïde, *etc.*

• *Des effets indésirables divers de la corticothérapie* : excitation, insomnie, infections, acné, glaucome, purpura, ulcère digestif, *etc.*

Hypercholestérolémie de l'adulte

RAPPELS

La concentration du LDL-cholestérol (LDL-c) est corrélée positivement avec le risque de décès cardiovasculaires mais l'interprétation des chiffres et la nécessité d'un traitement doivent s'intégrer dans une évaluation du risque cardiovasculaire global.

Diagnostic Le bénéfice attendu de la réduction du LDL-c est corrélé au risque de la population traitée. En prévention secondaire, chez des patients à haut risque ayant déjà présenté une pathologie vasculaire, ce bénéfice est établi. La prévention primaire fait l'objet de controverses car plus la population traitée est à risque faible, plus le bénéfice du traitement sera faible. Le risque cardiovasculaire peut être évalué par l'âge (> 50 ans chez l'homme, > 60 ans chez la femme), les antécédents familiaux de maladie coronaire précoce, un tabagisme, une HTA, un diabète, un HDL-c < 0,4 g/L (1 mmol/L). D'autres paramètres peuvent contribuer à la décision thérapeutique comme une localisation artérielle athérothrombotique asymptomatique, une insuffisance rénale chronique, une CRPus élevée.

Objectif thérapeutique Réduire la morbimortalité cardiovasculaire mais l'enjeu est de prescrire un traitement avec le maximum de bénéfice et un minimum d'effets secondaires pour favoriser une compliance au long cours. Le traitement pharmacologique de l'hypercholestérolémie repose essentiellement sur les statines dont l'effet est dose-dépendant. L'objectif de réduction du LDL-c dépend du nombre de facteurs de risque.

Tableau 1 – **Objectifs thérapeutiques en fonction du niveau de risque cardiovasculaire (recommandations HAS).**

FRCV	Objectif LDL-c (g/L) [HAS 2010]
0	≤ 2,20
1	≤ 1,90
2	≤ 1,60
≥ 3	≤ 1,30
Prévention secondaire	≤ 1,00

➠ *Cela conduit à définir trois niveaux thérapeutiques avec les statines :*
– le traitement à forte intensité (baisse du LDL-c > 50 %) : atorvastatine 40 ou 80 mg ; rosuvastatine 20 mg ; en particulier en prévention secondaire, dans l'insuffisance rénale chronique et chez les diabétiques à haut risque ;
– le traitement à intensité modérée (baisse du LDL-c de 30 à 50 %) : atorvastatine 10 ou 20 mg, simvastatine 20 ou 40 mg, rosuvastatine 5 ou 10 mg, pravastatine 40 mg ;
– le traitement à intensité faible (baisse du LDL-c < 30 %) : simvastatine 10 mg, pravastatine 20 mg, lovastatine 20 mg.

NB : il n'y a pas de preuve d'efficacité du traitement par statines chez les patients en insuffisance cardiaque, chez ceux traités par hémodialyse et chez les patients très âgés.

➠ *Par ailleurs, un traitement par ézétimibe (baisse du LDL-c de 15 à 20 %) peut s'avérer nécessaire lorsque l'objectif thérapeutique n'est pas atteint avec la dose maximale tolérée de statines ou lorsque le patient est intolérant aux statines. La colestyramine ou l'acide nicotinique peuvent aussi être envisagés.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une cause secondaire d'hypercholestérolémie* : régime riche en acides gras saturés et trans, anorexie, prise de poids, corticoïdes, cyclosporine, amiodarone, hypothyroïdie, syndrome néphrotique, obstruction biliaire, grossesse.

- *Rechercher une contre-indication aux statines* : affection hépatique évolutive (en particulier transaminases > 3 N), myopathie, grossesse et allaitement. Association à la cyclosporine ou aux inhibiteurs puissants du CYP 3A4 (en particulier antiprotéases, antifongiques azolés, macrolides et jus de pamplemousse).
- *Rechercher des associations déconseillées* : fibrates (risque accru de rhabdomyolyse), AVK (décoagulation excessive), stiripentol, acide fucidique, acide nicotinique à forte dose. Simvastatine : danazol, amlodipine, amiodarone, diltiazem, vérapamil.
- *Rechercher des terrains à risques* : insuffisance rénale (fluvastatine 50 % de la dose et rosuvastatine 5-10 mg/j si Clcr < 50 mL/min, simvastatine 5 mg/j si Clcr < 10 mL/min), alcoolisme, patients asiatiques, âge > 70 ans, diabète. Chez ces patients, un dosage préalable des CPK est recommandé. Un alcoolisme doit être sevré.
- Discuter du risque CV global avec le patient et évaluer son niveau d'adhésion.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Atorvastatine 10 mg : débuter par 1 cp/j. Un bilan lipidique à 3 mois permettra d'adapter éventuellement la posologie.

Règles hygiénodiététiques

- Conseils diététiques : alimentation riche en fibres, noix, fruits, légumes, poissons. Éviter les acides gras trans (viennoiseries, pizzas, quiches, margarines, barres chocolatées, plats cuisinés, etc.).
- Absence d'exposition au tabac.
- Perte de poids si excès pondéral.
- Pratique d'une activité physique régulière (30 min/j).

Le traitement des autres facteurs de risque cardiovasculaires (hypertension artérielle, diabète) doit être associé.

Situations particulières

- *Chez les sujets âgés > 75 ans* où le niveau de preuve d'un bénéfice thérapeutique est plus faible et en raison des polypathologies, il est recommandé de ne pas utiliser un traitement à forte intensité.
- *En cas d'intolérance aux statines*, prescription d'un inhibiteur de l'absorption du cholestérol : ézétimibe 10 mg, 1 cp/j pendant ou hors d'un repas.

Surveillance des effets indésirables identique à celle des statines.

- *En cas d'objectif thérapeutique non atteint malgré une bonne compliance*, prescription complémentaire d'un inhibiteur d'absorption du cholestérol (cf. ci-avant).
- *En cas d'hyperlipidémie mixte (hypercholestérolémie + hypertriglycéridémie)*, si les conseils diététiques et la prescription d'une statine sont insuffisants à réduire une hypertriglycéridémie majeure, l'adjonction d'un fibrate est possible mais au prix d'un risque accru de rhabdomyolyse : bézafibrate 200 mg, 3 cp/j au cours des repas.

Surveillance des effets indésirables identique à celle des statines.

SURVEILLANCE

- Des effets indésirables : douleurs musculaires 7 à 29 %, élévation des CPK > 10 N (1/1 000 à 10 000 : effet dose-dépendant), nausées, douleurs abdominales, constipation ou diarrhée, fatigue, neuropathie périphérique, insomnie, troubles cognitifs, diabète (risque accru : RR + 10 %), protéinurie.
- Contrôle des transaminases et des CPK (à distance d'au moins 48 heures d'un effort musculaire soutenu) après 4 à 6 semaines puis tous les 3 mois pendant 1 an et en cas de myalgies.
- De la compliance au traitement et de son efficacité : bilan lipidique à 3 mois.

NOTES PERSONNELLES

Hyperhidrose

RAPPELS

Sudation excessive évoluant depuis plus de six mois, l'hyperhidrose peut altérer considérablement la qualité de vie des sujets atteints. Affectant 1 à 3 % de la population, elle est le plus souvent idiopathique (formes localisées) mais elle peut révéler une pathologie sous-jacente (formes généralisées) ou plus rarement un syndrome neurologique (formes régionales).

Diagnostic Clinique évident dans une **forme localisée** (axillaire, palmaire, plantaire, inguinale ou craniofaciale) **bilatérale et relativement symétrique**, qui évolue par crises au moins hebdomadaires. Le plus souvent, elle débute avant l'âge de 25 ans, avec des ATCD familiaux dans 40 à 50 % des cas. L'hypersudation est d'intensité variable, parfois majeure (la sueur dégouline des mains), accrue par l'émotion, mais elle s'interrompt pendant la nuit.

Les **formes généralisées** sont rares et doivent faire rechercher une ménopause, un éthylisme, des manifestations neurovégétatives, une hyperthyroïdie, un diabète, un lymphome, une tuberculose (en particulier en cas de recrudescence nocturne) ainsi que le rôle de médicaments.

Les **formes localisées asymétriques** sont associées à des troubles neurologiques rares ou surviennent après un AVC. Lorsqu'elles sont circonscrites à un membre ou au tronc, elles doivent faire pratiquer une biopsie cutanée à la recherche d'un hamartome eccrine.

La sévérité de l'hyperhidrose doit être évaluée par son retentissement fonctionnel en utilisant le « Score Hyperhidrosis Disease Severity Scale » (HDSS) qui comporte quatre niveaux : ma transpiration (1) n'entrave en rien… ; (2) entrave parfois… ; (3) entrave fréquemment… ; (4) entrave constamment… mes activités quotidiennes.

Objectif thérapeutique Il vise à réduire l'excrétion sudorale et surtout la gêne fonctionnelle et sociale. Cinq types de traitements peuvent être envisagés :
– l'application locale d'antiperspirants à base de chlorure d'aluminium entraîne une réduction sudorale mais l'incertitude sur son innocuité à long terme restreint son utilisation prolongée ;
– les anticholinergiques ont montré un intérêt dans de petites séries et méritent d'être proposés ;
– la réalisation de séances de ionophorèse assure une amélioration qui peut être importante mais qui nécessite un traitement prolongé ;
– les injections de toxine botulique A ont une efficacité intéressante dans les formes axillaires et palmaires mais ce traitement est réservé à l'hôpital ;
– la sympathectomie thoracique par voie endoscopique doit être réservée aux formes palmaires sévères et résistantes aux autres traitements.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher des médicaments susceptibles de provoquer une hypersudation* : amiodarone, opiacés, pentoxifylline, interféron, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, AINS, bêtabloquants, anti-œstrogènes.

• *Rechercher des contre-indications aux différents traitements* :
– antiperspirants : plaie ou peau lésée ;
– anticholinergiques : glaucome à angle fermé, adénome prostatique, tachyarythmie, myasthénie, atonie intestinale, insuffisance rénale et/ou hépatique sévère ;
– ionophorèse : pacemaker, orthèses métalliques, plaies, grossesse ;
– toxine botulique : myasthénie, grossesse, allaitement.

• *Rechercher des terrains à risques* : anticholinergiques non recommandés chez les sujets âgés, les conducteurs de véhicules, les femmes enceintes ou allaitantes.

• *Rechercher des associations déconseillées* :
– anticholinergiques : agonistes dopaminergiques, phénothiazines, antidépresseurs imipraminiques, disopyramide, néfopam ;
– toxine botulique : aminosides.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- *Dans un premier temps*, proposer le traitement le plus simple :
– **crème antiperspirante à base de chlorure d'aluminium** : appliquer sur des aisselles sèches au moment du coucher, puis éliminer par lavage après 6 à 8 heures. Renouvellement toutes les 24 à 48 heures jusqu'à normalisation de la sudation, puis une fois toutes les 1 à 3 semaines ;
– **oxybutynine 5 mg cp sécable** : débuter par des petites doses, ¼ de cp/j puis augmenter par paliers de ¼ de cp tous les 4 jours jusqu'à obtention d'un résultat satisfaisant. La dose maximale est de 2,5 mg 3 fois/j (utilisation hors AMM).
- *Si le résultat est insuffisant*, proposer dans les formes palmaires : des **séances de ionophorèse** à l'hôpital, chez certains dermatologues ou kinésithérapeutes, puis à domicile en cas de bons résultats. Elles nécessitent un matériel qui permet d'exposer les mains et/ou les pieds à un courant électrique continu transmis par immersion dans l'eau après avoir enlevé les bagues métalliques. L'intensité du courant est augmentée progressivement jusqu'à une sensation de picotements, vers 20 mA, qui est maintenue 10 à 15 minutes. Trois séances la première semaine puis deux la deuxième semaine et trois dans les deux semaines suivantes. Une séance d'entretien est nécessaire dans les 2 à 3 semaines, puis tous les 1 à 2 mois.

Règles hygiénodiététiques

- Éviter de trop se couvrir ou de s'exposer à un chauffage excessif. Le port de vêtements amples, perméables à l'air, en fibres naturelles (lin ou coton) limite la macération. Le port de chaussettes en coton, de chaussures aérées de préférence en cuir avec des semelles en liège ou en cuir limite la macération plantaire. Il existe des semelles *antiperspirantes*.

Règles hygiénodiététiques (suite)

- Une toilette quotidienne à l'eau et au savon doux est indispensable, suivie d'un séchage soigneux (en particulier interdigital pour éviter la survenue de mycoses). Le rasage ou l'épilation axillaire est recommandé. L'application de talc sur la plante des pieds et les semelles est utile.
- Limiter la consommation de café, de boissons alcoolisées et d'aliments épicés.
- La détente, la relaxation et le repos contribuent au bon contrôle des manifestations neurovégétatives.

Situations particulières

Dans les formes sévères, une prise en charge spécialisée est nécessaire :
– un traitement par des injections de **toxine botulique A** peut être proposé. La durée d'efficacité des injections est variable, allant de 4 à 25 mois ;
– une **sympathectomie thoracique** par voie endoscopique doit être réservée aux formes palmaires sévères et résistantes aux autres traitements. Elle n'a pas d'influence sur la sudation plantaire et les hypersudations diffuses ne constituent pas une indication.

SURVEILLANCE

De l'efficacité et de la tolérance :
– *des antiperspirants* qui peuvent entraîner une irritation locale. Cette dernière peut être traitée par réduction de la fréquence d'application, voire l'application d'un dermocorticoïde pendant une durée brève ;
– *des anticholinergiques* dont les effets indésirables sont dose-dépendants : sécheresse buccale, troubles d'accommodation, constipation, tachycardie, lipothymies ;

– *des injections de toxine botulique* : une faiblesse modérée et transitoire (en général < 1 mois) des muscles intrinsèques de la main est constatée chez 5 % des patients, risque dont ils doivent être informés au préalable.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Hypertension artérielle primitive de l'adulte

RAPPELS

L'élévation de la pression artérielle (PA) est reliée linéairement à une augmentation du risque cardiovasculaire : doublement de la mortalité cardiovasculaire lors d'une augmentation de la PA systolique de 20 mmHg ou de la PA diastolique de 10 mmHg. Le risque d'AVC est multiplié par 9 et d'infarctus du myocarde par 2,5.

Diagnostic Élévation de la PA au-delà de valeurs dites « normales » :
– au cabinet, lors de 2 visites espacées, en position assise après 5 minutes de repos : PAS ≥ 140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg ;
– mesure ambulatoire de la PA sur 24 heures : MAPA moyenne (PAS ≥ 130 mmHg et/ou PAD ≥ 80 mmHg) ; MAPA diurne (PAS ≥ 135 mmHg et/ou PAD ≥ 85 mmHg) ; MAPA sommeil (PAS ≥ 120 mmHg et/ou PAD ≥ 70 mmHg) ;
– automesure : PAS ≥ 135 mmHg et/ou PAD ≥ 85 mmHg.
Il faut confirmer l'hypertension artérielle primitive de l'adulte (HTA) en dehors du cabinet médical, rechercher une atteinte des organes cibles, évaluer le risque cardiovasculaire (modèle SCORE : www.heartscore.org) et rechercher une HTA secondaire.

Objectif thérapeutique Réduire la morbimortalité cardiovasculaire (–20 % d'évènements coronariens et –40 % d'AVC pour une réduction de PAS de 10 mmHg et de PAD de 5 mmHg), le risque d'insuffisance cardiaque, de fibrillation auriculaire, d'insuffisance rénale et de démence.

➡ *Une consultation d'information et d'annonce de l'HTA doit être réalisée. Le traitement est initié lorsque la PA persiste > 140/90 mmHg malgré le suivi des règles hygiénodiététiques. Chez les sujets de plus de 80 ans en bon état général, le traitement est initié pour une PAS ⩾ 160 mmHg avec une PAS cible entre 150 mmHg et 140 mmHg en l'absence d'hypotension orthostatique. Une PAD ≤ 85 mmHg est recommandée chez les patients diabétiques.*

➡ *Les différents antihypertenseurs (thiazidiques/indapamide, bêta-bloquants, IEC, ARA2, antagonistes calciques) peuvent être indifféremment utilisés pour initier un traitement. Toutefois, les bêta-bloquants apparaissent moins efficaces pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux. Le choix doit être guidé par les caractéristiques du patient et les contre-indications potentielles. L'association de molécules doit être envisagée en cas d'efficacité insuffisante de la monothérapie. L'augmentation de la posologie d'une monothérapie n'est pas toujours souhaitable en raison d'effets secondaires plus fréquents (par exemple augmentation de l'amlodipine de 5 à 10 mg/j associée à la survenue beaucoup plus fréquente d'œdèmes des membres inférieurs) et/ou d'une courbe dose-réponse modeste (par exemple avec les bêtabloquants). Les IEC sont actuellement préférés aux ARA2 en traitement initial pour des raisons de coût; les ARA2 sont utilisés en 2e ligne en cas de survenue de toux sous IEC par exemple. L'association d'inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (IEC, ARA2, inhibiteurs directs de la rénine) n'est pas recommandée. L'association bêtabloquant-diurétique thiazidique augmente le risque de diabète. Les diurétiques de l'anse et les antialdostérone (spironolactone, amiloride) ne font pas partie du traitement de première intention de l'HTA. L'utilisation de formes combinées favorise l'observance médicamenteuse.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'une HTA médicamenteuse ou toxique* : AINS, corticoïdes, œstroprogestatifs, vasoconstricteurs nasaux, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, triptans, immunosuppresseurs (tacrolimus, ciclosporine), antiangiogéniques/inhibiteurs de tyrosine kinases, érythropoïétine, consommation de réglisse, cocaïne, LSD, amphétamines, alcool, etc.
- *Recherche de contre-indications ou d'associations déconseillées avec les diurétiques* : hypersensibilité aux sulfamides (thiazidiques, indapamide), insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse; lithium, médicaments favorisant les torsades de pointes.
- *Recherche de contre-indications ou d'associations déconseillées avec les bêtabloquants* : bradycardie < 50/min, asthme, troubles de conduction atrioventriculaire; floctafénine, antiarythmiques.
- *Recherche de contre-indications ou d'associations déconseillées avec les IEC et ARA2* : sténose des artères rénales, ATCD d'angiœdèmes, insuffisance hépatique sévère, grossesse et allaitement; AINS, lithium, estramustine, médicaments hyperkaliémiants.
- *Recherche de contre-indications ou d'associations déconseillées avec les antagonistes calciques* : BAV des 2e et 3e degrés, bradycardie sévère, insuffisance ventriculaire gauche, grossesse et allaitement; dantrolène, médicaments favorisant les torsades de pointes, antiarythmiques, sultopride, triazolam, ciclosporine.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnances

- **Hydrochlorothiazide 25 mg :** ½ cp le matin.

ou

- **Amlodipine 5 mg :** 1 cp/j le matin.

ou

- **Ramipril 5 mg :** 1 cp/j le matin.

ou

- **Ramipril 5 mg + hydrochlorothiazide 12,5 mg :** 1 cp/j le matin.

Règles hygiénodiététiques

- **Réduire la consommation de sel** (5-6 g/j), d'alcool (< 20 g/j).
- Exercice régulier (30 minutes/j) et arrêt du tabac.
- Normalisation du poids (IMC cible 25 kg/m²).
- Augmenter la consommation de légumes, fruits et produits pauvres en acides gras saturés et trans.
- Traitement des facteurs de risque associés : LDL cholestérol cible < 1,15 g/L (< 0,7 g/L en cas de maladie coronaire), HbA1C < 7 % (< 8 % chez les sujets âgés), + **aspirine 75 mg/j** en cas d'évènements cardiovasculaires ou en prévention primaire chez les sujets à haut risque ou en cas d'insuffisance rénale.

Situations particulières

- *Diabète et/ou néphropathie :* IEC ou ARA2 sont préférables, en particulier en cas de protéinurie.
- *Sujets âgés :* diurétiques thiazidiques et inhibiteurs calciques dihydropyridiniques sont préférables, en vérifiant l'absence d'hypotension orthostatique et de troubles ioniques.

Situations particulières (suite)

- *Postinfarctus du myocarde :* IEC ou ARA2 et bêtabloquants sont préférables.
- *Insuffisance cardiaque :* diurétiques, bêtabloquants (à doses très progressives), IEC ou ARA2 et antialdostérones sont indiqués en cas de dysfonction VG. En cas de FEVG préservée, aucune classe n'a montré de supériorité ; l'objectif tensionnel est une PAS aux alentours de 140 mmHg.
- *Post-AVC :* durant les premières heures l'HTA doit être respectée (sauf chiffres > 220/120 mmHg). Ultérieurement, toutes les classes peuvent être utilisées.
- *Grossesse :* un traitement est indiqué pour une PA > 160/110 mmHg ou > 140/90 mmHg en cas d'atteinte d'organes cibles ; alpha-méthyldopa, labétalol, nicardipine et nifédipine sont préférables. IEC, ARA II et inhibiteurs de la rénine sont contre-indiqués quel que soit le trimestre de la grossesse (fœtotoxicité). Un traitement par **aspirine 75 mg/j** est recommandé uniquement chez les patientes ayant un antécédent de prééclampsie.

SURVEILLANCE

- *La compliance au traitement* est le principal enjeu de l'HTA. Une éducation thérapeutique s'avère régulièrement nécessaire avec pratique de l'automesure.
- *Visite de contrôle* 2 à 4 semaines plus tard pour *évaluer l'efficacité et la tolérance*. Une fois les chiffres tensionnels stabilisés dans la zone cible, un suivi tous les 3 à 6 mois est suffisant. La recherche d'atteinte des organes cibles doit être faite au minimum tous les 2 ans en fonction du contrôle tensionnel.
- *Recherche d'effets secondaires :* hypokaliémie (diurétiques), hyponatrémie, hyperkaliémie, aggravation de la fonction rénale (bloqueurs du SRAA), flush, œdèmes des membres inférieurs (calcium-bloqueurs),

toux (IEC), asthénie, bradycardie excessive, phénomène de Raynaud, psoriasis (bêtabloquants).

• *L'absence de réduction nocturne de la PA (non-dipper)* doit faire rechercher des apnées du sommeil ainsi que des écarts de régime diététique, une insuffisance rénale chronique et une neuropathie diabétique.

• *L'HTA résistante* est définie comme une PA > 140/90 mmHg malgré une trithérapie à dose efficace comportant un diurétique. Elle doit faire évoquer un trouble de l'observance thérapeutique puis faire rechercher une HTA secondaire et en particulier un syndrome d'apnées du sommeil. L'adjonction d'un antialdostérone ou d'amiloride est possible.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Hypertrophie bénigne de la prostate

RAPPELS

Hyperplasie bénigne des glandes prostatiques périurétrales liée au vieillissement, elle engendre des troubles urinaires et peut être responsable de complications liées à l'obstacle qu'elle constitue sur les voies urinaires.

Diagnostic Clinique devant des troubles fonctionnels associant à des degrés divers : dysurie, pollakiurie, impétuosité et brûlures mictionnelles, gouttes retardataires, mictions nocturnes. Le toucher rectal révèle une glande augmentée de volume (> 20 grammes), lisse et souple, avec une disparition du sillon médian. Il permet de dépister un éventuel cancer de la prostate associé.

Objectif thérapeutique Améliorer la qualité de vie des patients et réduire le risque de complications (rétention aiguë d'urines, infections, hématurie, lithiase vésicale, insuffisance rénale).

PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher un médicament favorisant les troubles dysuriques : anticholinergiques, neuroleptiques.*

• *Rechercher un autre diagnostic de dysurie : vessie neurologique, sténose de l'urètre (infections anciennes), maladie du col vésical.*

- *Rechercher une complication : infection (ECBU), retentissement sur les voies urinaires (créatinine, échographie rénale et vésicoprostatique).*
- *Rechercher un cancer de la prostate associé : irrégularités au TR, PSA élevés.*
- *Rechercher d'une dysfonction sexuelle associée : score IIEF5.*
- *Recherche de contre-indications :*

– inhibiteurs de la 5-alpha-réductase : insuffisance hépatique ;
– alpha-1-bloquants : hypotension orthostatique, insuffisance hépatique, allergie aux sulfamides (tamsulosine), inhibiteurs de la PDE5 (sauf pour la tamsulosine).

- *Alpha-1-bloquants (risque d'hypotension orthostatique) :*

– associations déconseillées : antihypertenseurs vasodilatateurs ;
– associations à utiliser avec précautions : autres antihypertenseurs ; antidépresseurs, neuroleptiques, inhibiteurs du CYP 3A4.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- *En première intention, devant des troubles modérés et en l'absence de complications,* **Serenoa Repens :** 1 gél. 2 fois/j au cours des repas durant 3 mois.
- *En seconde intention, avec prudence chez le sujet âgé (hypotension orthostatique),* **tamsulosine LP 0,4 mg :** 1 gél./j à heure régulière, à la fin d'un repas, pendant 3 mois.
- *En troisième intention, en particulier si prostate > 40 grammes,* **finastéride :** 1 cp/j pendant 3 mois (mais la réduction du volume prostatique nécessite une durée de 6 mois).

Règles hygiénodiététiques

- Réduire les apport hydriques le soir.
- Réduire la consommation d'alcool et de café.
- Traiter une éventuelle constipation associée.

Situations particulières

- *En cas de complications urologiques* (rétention, lithiase, insuffisance rénale obstructive) : une **intervention chirurgicale** (incision du col, résection endo-urétrale ou adénomectomie par voie haute) constitue le seul traitement curatif. Une contre-indication conduit à mettre en place une sonde à demeure.
- *En cas d'infection urinaire :* une **antibiothérapie** (*cf.* traitement d'une prostatite aiguë) doit être débutée après **ECBU** (voire **hémocultures** dans les formes sévères). Une **échographie rénale et vésicale** est indispensable.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement à 2 ou 3 mois : amélioration fonctionnelle, absence de résidu mictionnel ou d'infection (bandelette urinaire).

• D'effets indésirables :
– *alpha-1-bloquants :* étourdissements, éjaculation rétrograde. En cas d'intervention sur une éventuelle cataracte, possibilité d'un syndrome d'iris flasque post-opératoire → prévenir l'ophtalmologiste ;
– *inhibiteurs de la 5-alpha-réductase :* troubles de la fonction sexuelle, gynécomastie, douleurs testiculaires, réactions allergiques.

• Annuelle du TR, des troubles fonctionnels, dépistage du cancer de la prostate (sous inhibiteurs de la 5-alpha-réductase, le taux sérique des PSA est réduit de moitié).

NOTES PERSONNELLES

Hypothyroïdie périphérique de l'adulte

RAPPELS

Diminution de production des hormones thyroïdiennes, l'hypothyroïdie peut être soit périphérique, liée le plus souvent à une affection auto-immune de la glande thyroïde, soit centrale, liée à un déficit de stimulation hypophysaire. La prévalence de l'hypothyroïdie périphérique varie de 3 à 10 % avec une prédominance féminine (75 %).

Diagnostic

• Évoqué devant des signes cliniques peu spécifiques : asthénie, crampes, frilosité, sécheresse cutanée, prise de poids, constipation, syndrome dépressif, gonflement de la thyroïde, bradycardie. À un stade plus évolué, infiltration des paupières et du visage, dépilation, insuffisance coronarienne, ralentissement psychomoteur, hypothermie.

• Dans les formes périphériques, de loin les plus fréquentes, la confirmation est fournie par l'élévation de la TSH > 5 mUI/L, confirmée par un 2e dosage. La présence d'anticorps antithyroperoxydase (Ac anti-TPO) signe une origine auto-immune. Initialement, la T4 libre est encore normale (forme fruste ne justifiant généralement qu'une surveillance) puis s'abaisse progressivement (forme patente).

• Dans les formes centrales, la TSH est abaissée et d'autres déficits endocriniens peuvent être associés, nécessitant un bilan et une prise en charge spécialisés.

Objectif thérapeutique Corriger le déficit hormonal par un traitement substitutif qui doit assurer une normalisation de la TSH (0,4 à 4 mUI/L) et prévenir les complications de l'hypothyroïdie patente.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *S'assurer que l'hypothyroïdie n'est pas liée à un traitement* : amiodarone, lithium, interféron.
- *S'assurer du caractère périphérique de l'hypothyroïdie* (TSH élevée) *et de l'absence d'un déficit cortisolique associé* (risque d'insuffisance surrénalienne aiguë).
- *Recherche d'autres maladies auto-immunes associées* (Biermer, vitiligo, diabète).
- *Recherche d'un terrain à risques* : âge > 70 ans, hypothyroïdie sévère, troubles du rythme cardiaque, insuffisance coronarienne, cardiopathie décompensée, nécessitant de débuter le traitement sous surveillance hospitalière.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : AVK (potentialisation), inducteurs enzymatiques (antiépileptiques, rifampicine, griséofulvine) et antipaludéens (risque d'hypothyroïdie), topiques gastro-intestinaux, agents adsorbants et sels de fer ou de calcium (délai > 2 heures), inhibiteurs de protéases du VIH et œstrogénothérapie substitutive (risque d'hypothyroïdie), imatinib et sumatinib.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Le traitement est instauré de façon progressive, visant une posologie cible généralement comprise entre 100 et 150 µg/jour (inférieure chez les sujets âgés et dans les formes frustes), avec l'objectif de normalisation de la TSH.

Lévothyroxine 25 µg :
- 1 cp le matin à jeun durant 10 jours ;
- puis 2 cp le matin à jeun durant 10 jours ;
- puis 3 cp le matin à jeun jusqu'au contrôle de la TSH qui sera effectué après 8 semaines de traitement.

Situations particulières

- *En cas de grossesse*, les besoins physiologiques augmentent, nécessitant une optimisation thérapeutique dès le début de la grossesse et une surveillance clinico-biologique tous les 2 mois.
- *Chez les patients à risque cardiaque, en milieu hospitalier*, la posologie initiale de lévothyroxine est réduite (12,5 µg/jour), l'augmentation des doses est plus progressive (paliers de 15 jours), sous surveillance ECG régulière et sous couverture de bêtabloquants.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : lorsque l'équilibre thérapeutique est atteint, après un premier contrôle à 6 mois, un contrôle annuel ultérieur est suffisant (sauf traitements intercurrents ou symptômes inhabituels). En cas de modification posologique de la thyroxine, un contrôle de la TSH ne doit être réalisé qu'après 8 semaines d'une posologie stable.
- Des effets indésirables qui sont ceux d'une hyperthyroïdie : tachycardie, insomnie, excitabilité, amaigrissement, diarrhée. Ils témoignent

d'une posologie excessive qui doit être réduite après quelques jours d'interruption complète. La survenue de troubles du rythme cardiaque ou d'une angine de poitrine nécessite une suspension thérapeutique et une évaluation cardiologique.

• La lévothyroxine possédant une marge thérapeutique étroite, tout changement de spécialité (princeps ou génériques) est susceptible de perturber l'équilibre thérapeutique et une surveillance clinico-biologique plus étroite est justifiée.

NOTES PERSONNELLES

I

Impétigo

RAPPELS

Infection cutanée aiguë bactérienne, non immunisante et contagieuse par auto-inoculation, à streptocoques et/ou staphylocoques.

Diagnostic clinique

• Devant un impétigo croûteux de l'enfant de moins de 10 ans (streptocoque) : lésion initiale vésiculobulleuse superficielle sur base érythémateuse qui évolue vers la formation de croûtes mélicériques (couleur miel). Ces lésions, souvent d'âges différents chez un même patient, sont peu douloureuses et isolées (apyrexie habituelle).

• Devant un impétigo bulleux du nouveau-né et du nourrisson (staphylocoque doré) : présence de bulles mesurant de 1 à 2 cm laissant place en quelques jours à de vastes érosions prédominant en zones péri-orificielles. Le plus souvent, il n'existe pas de signes généraux.

Le diagnostic est confirmé par les résultats des prélèvements bactériologiques effectués à partir des bulles ou des lésions ulcérocroûteuses.

Objectif thérapeutique Obtenir une guérison clinique et limiter le risque de transmission. L'impétigo est contagieux avec possibilité d'auto-inoculation et de petites épidémies familiales ou de collectivités.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Vérifier l'absence d'allergie au traitement prescrit.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Formes minimes à modérées* (moins de 5 sites lésionnels actifs et absence d'extension rapide) :
– **chlorhexidine aqueuse à 0,2 % :** désinfecter les lésions 2 fois/j jusqu'à cicatrisation (1 flacon) ;
– **acide fusidique crème :** 1 application 3 fois/j pendant 8 jours.

• *Formes diffuses ou sévères :*
– **chlorhexidine aqueuse à 0,2 % :** désinfecter les lésions 2 fois/j jusqu'à cicatrisation (1 flacon) ;
– **cloxacilline :** 50 mg/kg/j en 3 prises pendant 8 jours.

Règles hygiénodiététiques

• Douche quotidienne, lavage de mains, brossage des ongles, changements de vêtements fréquents.

• L'isolement et l'éviction scolaire sont très rarement indiqués aujourd'hui.

• Prévenir les parents de la nécessité de consulter en urgence en cas d'extension rapide des lésions malgré un traitement bien conduit.

Situations particulières

• *En cas d'allergie à la pénicilline :* **josamycine sirop**, 50 mg/kg/j, en 2 prises/j, pendant 8 jours.

• *Il existe des formes extensives d'impétigo bulleux*, ou épidermolyse staphylococcique aiguë, affectant principalement le nouveau-né (rare chez l'adulte). L'éruption est de type scarlatiforme, associée à un œdème palmoplantaire (sans intervalle de peau saine). Au cours des 24-48 premières heures, des décollements cutanés très

Situations particulières (suite)

rapidement extensifs surviennent et laissent des érosions érythémateuses, donnant l'aspect classique du « bébé ébouillanté ». Les muqueuses sont respectées. L'enfant est fébrile et en mauvais état général. L'évolution est favorable après la mise en route d'une antibiothérapie antistaphylococcique intraveineuse associée à un traitement symptomatique.

SURVEILLANCE

• La survenue d'une glomérulonéphrite post-streptococcique ou d'un rhumatisme articulaire aigu est exceptionnelle et ne nécessite pas de dépistage systématique.

• Vérifier l'efficacité du traitement à J8.

NOTES PERSONNELLES



Infection urinaire de l'adulte : généralités

RAPPELS

Pathologie fréquente dans laquelle il faut prendre en compte les facteurs de risque qui peuvent favoriser une complication :
– une anomalie organique ou fonctionnelle urinaire : reflux, lithiase, tumeur, *etc.* ;
– une pathologie associée : insuffisance rénale sévère, immunodépression, etc. ;
– un terrain particulier : sexe masculin, grossesse, sujet âgé avec comorbidité, *etc.*

On distingue donc :
– *les infections urinaires (IU) simples*, c'est-à-dire sans facteur de risque : infections urinaires de la femme, quel que soit l'âge, mais sans facteur de risque ni comorbidité. Anatomiquement, cela concerne les cystites aigues simples et les pyélonéphrites aigues simples ;
– *les IU à risque de complication*, c'est-à-dire comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Elles regroupent les cystites compliquées, les pyélonéphrites compliquées et chez l'homme les prostatites.

Ainsi, *les hommes ne peuvent pas avoir d'IU simple* puisque les prostatites sont considérées comme des IU compliquées et que toute cystite survenant chez un homme doit être considérée et traitée comme une prostatite aiguë.

Les espèces bactériennes n'interviennent pas dans cette classification : *Escherichia coli* reste le germe impliqué dans plus de 80 % des cas, suivi par *Staphylococcus saprophyticus* (10 %), *Proteus mirabilis* (5 %) et les autres entérobactéries (5 %).

Il faut souligner que *Escherichia coli présente* une résistance à l'amoxicilline (50 %), à l'amoxicilline-acide clavulanique (30 %) et au sulfaméthoxazole-triméthoprime (30 %), ce qui implique que ces 3 antibiotiques ne doivent pas être utilisés en probabiliste. La résistance aux fluoroquinolones est estimée à 10 %. Par contre, la résistance aux céphalosporines de 3ᵉ génération injectables est inférieure à 2 %.

Parmi les examens recommandés :
– **une bandelette urinaire est absolument nécessaire** dans toutes les suspicions : négative, c'est-à-dire en l'absence de leucocytes et de nitrites, elle permet d'exclure le diagnostic de cystite avec une probabilité supérieure à 95 % ;
– **l'examen cytobactériologique des urines (ECBU)** doit être systématiquement réalisé en cas de cystite à risque de complication, de cystite récidivante, de pyélonéphrite et de prostatite. La quantification des germes et l'antibiogramme sont fondamentaux;
– une échographie rénale et vésicale est recommandée dans les 24 à 48 h d'un épisode aigu de pyélonéphrite ou de prostatite afin de rechercher par voie sus-pubienne la présence d'un obstacle.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- Le traitement des IU simples est probabiliste. Il repose sur :
– **les dérivés de l'acide fosfonique : fosfomycine-trométamol,** 1 sachet de 3 g ;
– **ou les fluoroquinolones : ciprofloxacine,** 500 mg en prise unique dans les cystites simples, 2 fois/j pendant 7 jours dans les pyélonéphrites simples ;
– **ainsi que les céphalosporines de 3ᵉ génération (C3G)** dans les pyélonéphrites.
- Le traitement des IU à risque de complication est probabiliste à la phase aiguë mais après réalisation d'un ECBU et adaptation secondaire éventuelle. Il repose sur les **céphalosporines de 3ᵉ génération (C3G) ou les fluoroquinolones** (voir les fiches thérapeutiques correspondant à chaque type d'infection).
- Des adaptations sont possibles au 3ᵉ ou 4ᵉ jour à la réception de l'antibiogramme.

Situations particulières

Dans les formes sévères de pyélonéphrites aiguës ou de prostatites, l'**ajout d'un aminoside** (gentamicine ou nétilmicine ou tobramycine) est recommandé pendant 1 à 3 jours à la phase initiale du traitement (en association le plus souvent avec une C3G) :
– **gentamicine voie injectable** (IV ou IM) : 3 mg/kg 1 fois/j ;
– **nétilmicine voie injectable** (IV ou IM) : 6 mg/kg 1 fois/j ;
– **tobramycine voie injectable** (IV ou IM) : 3 mg/kg 1 fois/j.

NOTES PERSONNELLES

I

Insomnie

RAPPELS

Affecte 10-15 % de la population générale avec une fréquence qui augmente avec l'âge.

Diagnostic Devant (au moins 3 fois par semaine et plus d'un mois) une augmentation de la latence de l'endormissement (> 30 min) et/ou une durée totale de sommeil < 6 h. Distinguer l'insomnie occasionnelle et transitoire (30-40 %) de l'insomnie chronique.

Objectif thérapeutique Rétablir un sommeil de bonne qualité ; lutter contre l'inversion du cycle nycthéméral et l'asthénie ; prendre en charge les éventuelles comorbidités ; rétablir une bonne qualité de vie ; éviter la surconsommation médicamenteuse.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Si insomnie transitoire* : recherche de modifications environnementales, d'une prise médicamenteuse, d'un état de stress transitoire, d'un séjour en altitude, d'un décalage horaire.
- *Si insomnie chronique* : recherche d'une cause médicale générale (affection neurologique, cardiopathie, pneumopathie, endocrinopathie, douleur, hyperthermie), d'une cause psychiatrique (syndrome anxiodépressif, accès maniaque, trouble psychotique aigu, schizophrénie).

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : consommation de substances psychostimulantes, d'alcool. Intoxication ou sevrage en sérotoninergiques, en IMAO, en imipraminiques, en benzodiazépines, en corticoïdes, en antiparkinsoniens.

• *Recherche de contre-indications à un somnifère* : insuffisance respiratoire chronique et sévère, apnées du sommeil, myasthénie, grossesse.

• Attention au traitement chez la personne âgée : risque de confusion et de chute.

NOTES PERSONNELLES

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Sur ordonnance sécurisée, prescription en toutes lettres, interdiction de chevauchement d'ordonnances :
– **zolpidem 10 mg :** 1 cp le soir au moment du coucher,
ou
– **zopiclone 7,5 mg :** 1 cp le soir au moment du coucher.
Traitement prescrit pour 4 semaines. Ne pas prolonger l'administration (risque élevé de dépendance et de troubles mnésiques).
Information du patient sur l'état de vigilance potentiellement altéré.

Règles hygiénodiététiques (au long cours)

• Ne pas faire de sieste en journée.

• Éviter les activités stimulantes en fin d'après midi et le soir.

• Éviter la consommation d'alcool et de tabac.

• Favoriser un environnement calme, se coucher au moment de la somnolence vespérale, se réveiller à heures fixes.

• Pratiquer une activité sportive en matinée.

Situations particulières

• *En cas de grossesse* : **doxylamine 15 mg**, 1 cp le soir au moment du coucher.

• *En cas de décalage horaire :* **mélatonine 2 mg**, 1 cp le soir au moment du coucher.

• *En cas d'insomnie résistante sans étiologie retrouvée* : réalisation d'un agenda du sommeil ; réalisation d'une actimétrie (enregistrement des activités) et/ou d'une polysomnographie.

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement* : récupération d'un sommeil de bonne qualité.
- *De la tolérance du traitement* : recherche des effets secondaires sur la qualité du sommeil (sommeil fractionné, cauchemars, somnambulisme, hallucinations hypnagogiques et/ou confusion), amnésie antérograde, troubles psychiques (agitation et anxiété paradoxales), baisse de la vigilance, asthénie, éruption cutanée, douleurs musculaires.
- *Du caractère transitoire de la prescription* (dépendance possible).

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Luminothérapie : exposition à une lumière d'intensité et de spectre lumineux spécifique proche de la lumière solaire.
- Thérapie cognitivo-comportementale : identifier les stimuli qui déclenchent le sommeil.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

I

Insuffisance cardiaque chronique

RAPPELS

Syndrome caractérisé par l'installation d'une dyspnée progressive et d'une fatigue associées à une anomalie cardiaque structurelle ou fonctionnelle. Les apports en oxygène aux tissus périphériques deviennent insuffisants à l'effort puis au repos malgré une élévation des pressions de remplissage. L'anomalie cardiaque se caractérise soit par une altération de la fraction d'éjection du ventricule gauche (IC systolique), soit par des troubles prédominants du remplissage du ventricule gauche (IC à FEVG préservée), soit par des anomalies prédominantes au niveau du ventricule droit. D'autres étiologies sont possibles comme les valvulopathies, la constriction péricardique, les cardiomyopathies hypertrophiques ou la thrombose chronique des artères pulmonaires.

Diagnostic Devant un tableau ± complet associant dyspnée, fatigue, signes de rétention hydrosodée (galop, crépitants et/ou sibillants, œdèmes des membres inférieurs, turgescence jugulaire, etc.). L'échocardiographie est l'examen de première intention permettant d'identifier la dysfonction myocardique.

Objectif thérapeutique Amélioration de la survie, des symptômes, de la fraction d'éjection, contrôle de la rétention hydrosodée.

- *La triple association bêtabloquant/inhibiteur du système rénine-angiotensine-aldostérone/diurétique est la base incontournable du traitement de l'IC systolique. Les posologies doivent être augmentées progressivement en fonction de la tolérance clinique et rénale. Le*

traitement de l'IC à FEVG préservée reste basé sur celui de la rétention hydrosodée et des comorbidités (HTA, diabète, SAS, anémie, etc.). L'implantation d'un défibrillateur automatique implantable et/ou d'une resynchronisation ou d'une assistance/greffe est discutée en milieu spécialisé en fonction de l'âge et de la cardiopathie.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications aux bêtabloquants* : l'asthme « vrai » ; les bêtabloquants peuvent souvent être introduits en cas de BPCO. Bradycardie < 50 /min ou blocs auriculoventriculaires du 2ᵉ ou 3ᵉ degré non appareillés.

• *Recherche de contre-indications aux IEC et ARA2 :* l'insuffisance rénale n'est pas une contre-indication aux IEC qui doivent être introduits progressivement avec surveillance de la créatinine et de la kaliémie, ATCD d'angiœdèmes, insuffisance hépatique sévère, grossesse et allaitement.

• *Recherche de terrains à risque* qu'il faut traiter ou contrôler : hypertension artérielle, diabète, artériopathie (coronaire, membres inférieurs, artères digestives, rénales, etc.), insuffisance rénale.

• *Recherche d'associations déconseillées :* aspirine > 1 g/24 h, AINS (accroissement du risque rénal), IEC-ARA II, inhibiteurs calciques non dihydropyridine (diltiazem, vérapamil : inotropes négatifs), alphabloquants, antiarythmiques à l'exception de l'amiodarone, lithium, estramustine.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Ramipril :** 1,25 mg matin et soir, posologie à augmenter progressivement jusqu'à 5 mg matin et soir (une augmentation de 30 % de la créatinine est tolérée).

• **Bisoprolol :** 1,25 mg/j à introduire après stabilisation (disparition des signes congestifs, absence de signe d'hypoperfusion tissulaire) et à augmenter progressivement jusqu'à 10 mg/j si la tolérance est correcte.

• **Spironolactone :** 25 à 50 mg/j le matin (surveiller la kaliémie en association aux IEC).

• **Furosémide :** 20 mg matin et midi (posologie minimale efficace à adapter aux signes de rétention hydrosodée).

Règles hygiénodiététiques

• Régime hyposodé standard (1 000 à 1 500 mg de sodium/j).

• Arrêt du tabac et de la consommation d'alcool.

• Activité physique régulière pour lutter contre le déconditionnement et la fonte musculaire.

• Vaccination antigrippale annuelle et antipneumococcique tous les 5 ans.

Situations particulières

• *En cas de décompensation aiguë,* associé à l'**oxygénothérapie** (masque à haute concentration ou par masque de Boussignac ou ventilation non-invasive), le traitement doit être débuté en urgence par voie injectable :
– **furosémide :** 80 mg toutes les 8 heures ou 250 à 1 000 mg/24 h en seringue autopulsée (posologie à adapter à la réponse diurétique) ;

Situations particulières (suite)

– **chlorure de potassium LP :** 600 mg par 500 mL de diurèse ;
– **dinitrate d'isosorbide :** 2 mg IV toutes les 5 minutes puis 1 à 10 mg/h, posologie à adapter à la tension artérielle (si PAS > 90 mmHg) ;
– **dobutamine :** 2-20 gamma/kg/min si PAS < 90 mmHg et/ou signes d'hypoperfusion tissulaire ;
– *le traitement bêtabloquant est maintenu sauf en cas de signes d'hypoperfusion tissulaire ;*
– *traitement de la cause :* infarctus myocardique, arythmie, pneumopathie, urgence hypertensive, etc.

• *En cas de coronaropathie :* adjonction d'aspirine et revascularisation discutée en fonction de la viabilité myocardique et des tests d'ischémie.

• *En cas de fibrillation atriale :* anticoagulation orale, contrôle de la fréquence (optimisation du traitement bêtabloquant ± digoxine) ou du rythme cardiaque (cardioversion par amiodarone, électrique ou ablation).

• *En cas de diabète :* surveillance plus étroite de l'équilibre glycémique et renforcement du traitement oral (la **metformine** est habituellement maintenue en cas d'IC stable) ou passage à l'insuline si nécessaire.

• *En cas de carence martiale avec ou sans anémie :* perfusion d'**hydroxyde ferrique,** 300 mg dans 300 mL de NaCl à 0,9 % à passer en 3 heures.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement :* signes congestifs, poids/24 h, BNP (ou NTproBNP).
• *Des effets indésirables :* hypotension artérielle symptomatique, bradycardie excessive, hyperkaliémie, insuffisance rénale aiguë, surdosage en digoxine, dysthyroïdie sous amiodarone (TSH).

I

Insuffisance respiratoire chronique

RAPPELS

Incapacité du poumon à maintenir une oxygénation normale du sang artériel.

Diagnostic Chez un patient dyspnéique, asthénique et ± cyanique, par la mesure de la PaO_2 sur une gazométrie artérielle : l'insuffisance respiratoire chronique (IRC) est définie par une pression partielle en oxygène (PaO_2) < 9,3 kPa (70 mmHg). Elle est qualifiée de grave quand PaO_2 ≤ 7,3 kPa (55 mmHg) ou < 8 kPa (60 mmHg) avec des signes d'insuffisance ventriculaire droite, une polyglobulie, hypertension artérielle pulmonaire ou désaturation nocturne. Le diagnostic étiologique nécessite une exploration fonctionnelle respiratoire pour distinguer les formes obstructives et restrictives.

Objectif thérapeutique Améliorer la survie et la qualité de vie des patients.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Si poursuite tabagisme : contre-indication à la prescription d'oxygène liquide du fait du risque d'explosion.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Traitement étiologique** de l'insuffisance respiratoire chronique si possible.
- **Oxygénothérapie de longue durée (OLD) :**

– toute prescription d'oxygénothérapie (oxygénothérapie de long terme) au-delà de 3 mois doit être faite par un spécialiste. L'oxygénothérapie à court terme (< 3 mois) avec ou sans hypoxémie (situations de fin de vie) peut être prescrite par tout médecin ;

– validée par deux mesures des gaz du sang artériel en air ambiant à au moins trois semaines d'intervalle ayant montré une PaO_2 diurne ≤ 7,3 kPa (55 mmHg), à distance d'un épisode aigu, et sous réserve d'un traitement optimal (arrêt du tabagisme, traitement bronchodilatateur et kinésithérapie);

– recommandée :
  - pour une hypoxémie avec PaO_2 < 7,3 kPa (55 mmHg) chez les patients BPCO,
  - pour une hypoxémie avec PaO_2 < 7,8 kPa (60 mmHg) chez les patients insuffisants respiratoires à l'exclusion des BPCO ;

– recommandée chez les patients présentant une hypoxémie avec PaO_2 < 7,3 kPa (55 mmHg);

– recommandée chez les patients avec une PaO_2 entre 7,4 et 7,8 kPa (56 à 59 mmHg) uniquement en présence d'un ou plusieurs des éléments suivants : hypertension artérielle pulmonaire (PAP moyenne ≥ 20 mmHg), désaturations nocturnes non apnéiques significatives, polyglobulie (hématocrite > 55 %), signes cliniques de cœur pulmonaire chronique ;

– les bénéfices de l'OLD sur la survie sont proportionnels à la durée quotidienne d'administration et n'ont été démontrés que pour des durées d'utilisation > 15 h par jour;

– le débit d'oxygène doit être ajusté en fonction des résultats des gaz du sang et si possible d'une oxymétrie nocturne. Le but de l'OLD est d'obtenir une PaO_2 ≥ 8 kPa (60 mmHg) au repos et/ou une SaO_2 d'au moins 90 % ;

Ordonnance (suite)

– modalités :
  - concentrateur (poste fixe, appareil électrique) : assure un débit jusqu'à 9 L/min (concentrateur spécifique); indiqué pour oxygénothérapie nocturne et/ou patient peu ou pas valide avec déambulation < 1 h/j,
  - oxygène liquide :
    - pour les patients nécessitant un débit > 9 L/min au repos,
    - pour désaturation à l'effort si le débit > 3 L/min ou si les besoins ne sont pas couverts par les sources alternatives,
  - concentrateur mobile portable ou transportable : permet une oxygénothérapie de repos et de déambulation pour toutes situations intermédiaires ;

– ordonnance :
  - nature de l'oxygène : concentrateur ou oxygène liquide,
  - débit au repos,
  - durée d'administration,
  - si déambulation :
    - la nature de la source mobile : oxygène liquide, concentrateur mobile, bouteille oxygène gazeux, compresseur pour le remplissage oxygène,
    - mode d'administration : pulsé ou continu,
    - le débit (titration avec la source mobile).

- **Ventilation non invasive (VNI) :** intérêt en fonction de l'étiologie de l'IRC. Une VNI au domicile peut être proposée en cas de signes cliniques d'hypoventilation alvéolaire nocturne, $PaCO_2$ > 7,3 kPa (55 mmHg) et notion d'instabilité clinique traduite par une fréquence élevée des hospitalisations pour décompensation.

Règles hygiénodiététiques

- **Arrêt du tabagisme éventuel.**
- Activité physique régulière.
- Vaccinations antigrippale annuelle et antipneumococcique.

SURVEILLANCE

- *Bonne compréhension du traitement*, de la capacité à utiliser l'appareillage et de son observance (compteur horaire).
- *De l'efficacité du traitement par la mesure des gaz du sang artériel* en air ambiant et sous oxygène. La valeur d'une oxymétrie (saturation en oxygène) prise isolément est insuffisante dans cet objectif.
- *Chez les patients traités par OLD*, lorsque l'état clinique est stable, une surveillance au moins semestrielle est souhaitable. Lorsque l'état clinique se détériore et/ou lorsqu'une diminution de la saturation en O_2 est constatée entre deux contrôles, une surveillance plus rapprochée est justifiée.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

I

Insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs

RAPPELS

Pathologie résultant d'un dysfonctionnement du système veineux profond et/ou superficiel, responsable d'une stase sanguine dans les membres inférieurs. Primitive dans 90 % des cas ou secondaire (maladie post-thrombotique, dysplasies veineuses, syndromes compressifs), sa prévalence est estimée entre 5 et 15 % dans les pays industrialisés.

Diagnostic Clinique devant des symptômes (jambes lourdes, crampes, démangeaisons) qui se majorent durant la station debout ou assise prolongée, la période prémenstruelle, au cours de la journée ou lors d'une exposition à la chaleur. Au contraire, ils sont améliorés par l'exercice, la contention veineuse, le froid, la surélévation des membres inférieurs. Des manifestations moins typiques sont possibles : claudication intermittente qui ne cède pas rapidement à l'arrêt de la marche, impatiences nocturnes ou sensations de brûlures des pieds calmées par le froid. Différents signes peuvent être observés : un œdème, des varicosités/varices/télangiectasies, une dermite purpurique ou atrophique, un eczéma variqueux, une papillomatose cutanée. Dans les cas sévères, apparition d'ulcères en général indolores, périmalléolaires, non creusants. L'échographie-Doppler permet de rechercher une incontinence saphène et d'effectuer cartographie veineuse.

Objectif thérapeutique Soulagement des symptômes et prévention des troubles trophiques.

➡ *Aucun des traitements médicamenteux dits « veinotoniques ou vasculoprotecteurs » n'a démontré une efficacité clinique et il faut souligner l'importance des règles hygiénodiététiques. Une sclérothérapie échoguidée ou une chirurgie de varices peuvent être proposées en cas d'incontinence saphène documentée et/ou de varices importantes.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications à la contention veineuse* : artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

• *Recherche de contre-indications aux veinotoniques* : hypersensibilité à une molécule (diarrhée ou intolérance), association aux IMAO (heptaminol), grossesse et allaitement.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

La contention veineuse élastique doit être adaptée au degré de la maladie et à sa localisation.

• En cas de fatigabilité, lourdeur de jambes ou d'activité professionnelle en station debout : **chaussettes, bas ou collants sur mesure de contention veineuse des membres inférieurs de classe 1**. Prescription pour 2 paires.

• En cas de varices ou de dermite : **contention de classe 2**.

• En cas d'ulcères ou de syndrome post-thrombotique : **contention de classe 3**.

• **Diosmine 500 mg :** 2 cp/j en cas de gêne fonctionnelle, en cures de 3 semaines.

Règles hygiénodiététiques

• Réduction pondérale si surpoids.

• Activité physique régulière, en particulier de marche. Éviter la station debout prolongée. Éviter les chaussures à talons hauts.

• Éviter le chauffage par le sol et l'exposition solaire prolongée.

• Lutter contre la constipation (alimentation riche en fibres).

• Surélever les pieds du lit de 10 à 15 cm.

Situations particulières

La crénothérapie peut apporter une amélioration des signes fonctionnels et des troubles trophiques et favoriser l'acquisition d'une meilleure hygiène de vie.

SURVEILLANCE

• *Régulière de la contention* : adaptation correcte à l'anatomie du patient, risque de garrot, état cutané.

• Traitement soigneux des plaies et des intertrigos pour prévenir la survenue d'un érysipèle.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Lichen plan

RAPPELS

Dermatose inflammatoire auto-immune affectant le revêtement cutané et la muqueuse buccale.

Diagnostic Devant des lésions cutanées papuleuses violines quadrangulaires, de petite taille. L'atteinte muqueuse se caractérise par la présence d'un réseau blanchâtre pouvant s'associer à des lésions inflammatoires érythémateuses et érosives. Une biopsie pour examen histologique standard est recommandée.

Objectif thérapeutique L'atteinte cutanée est prurigineuse et évolue spontanément vers la guérison en un an. Dans cette forme, l'objectif est de raccourcir la durée d'évolution et de soulager le prurit. Les autres atteintes sont chroniques. L'atteinte buccale asymptomatique ne nécessite aucun traitement. Les formes érosives sévères de la muqueuse buccale sont douloureuses et gênent l'alimentation. Les formes érosives sévères de la muqueuse génitale ainsi que des ongles et du cuir chevelu peuvent évoluer vers des lésions cicatricielles (ex : sténose vaginale, alopécie, perte définitive des ongles). Dans ces formes, l'objectif est d'obtenir une rémission, de prévenir l'évolution cicatricielle et de prévenir les récidives.

➡ *La corticothérapie par voie locale ou générale constitue le traitement de base mais l'acitrétine (agent tératogène) ou la photothérapie peuvent également être utilisées.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• **Pour la corticothérapie générale :**
– *recherche de contre-indications :* ATCD de troubles psychiques sévères sous corticoïdes, viroses en évolution, états infectieux non contrôlés ;
– *recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : diabète, ATCD d'ulcère digestif, ostéoporose, tuberculose ;
– *recherche d'associations déconseillées :* aspirine > 1 g/24 h (risque hémorragique) ; vaccins vivants ;
– *recherche d'associations à prendre en compte :* autres médicaments hypokaliémiants, anticoagulants oraux, inducteurs enzymatiques, digitaliques.

• **Pour la prescription d'acitrétine chez une femme en âge de procréer,** il faut *informer la patiente du risque tératogène* associé à la prise d'acitrétine pendant le traitement et deux ans après l'arrêt du traitement. Il faut suivre les règles de prescription de l'ANSM (contraception, dosage des β-HCG, carnet patiente, etc.). Chez tous les patients, *recherche de contre-indications :* insuffisance hépatique ou rénale, hyperlipidémies. *Un bilan hépatique et lipidique* doit être réalisé avant le traitement, puis tous les 15 jours pendant 2 mois, puis tous les 3 mois pendant le traitement.

• **Pour la prescription d'une photothérapie** (UVB ou PUVA-thérapie (prise de comprimés de psoralène avant les séances de photothérapie), rechercher la prise de médicaments photosensibilisants (tétracyclines, sulfamides, quinolones, amiodarone, phénothiazines), de facteurs de risque de cancer cutané et une cataracte. **Avant la prescription de 8-méthoxy-psoralène** pour une PUVA-thérapie, *rechercher une insuffisance rénale ou hépatique.* Ce traitement pour les patients ayant un phototype foncé augmente les risques de pigmentation résiduelle propre au lichen plan.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de lichen plan cutané

• *Lésions peu étendues :* **propionate de clobétasol à 0,05 % crème,** 1 application sur les lésions le soir jusqu'à disparition des lésions puis décroissance progressive (1 jour/2 pendant 15 jours puis 1 jour/3 pendant 15 jours).
Ce traitement ne doit pas être appliqué sur le visage.

• *En cas d'échec de la corticothérapie locale ou lésions étendues,* trois options thérapeutiques sont possibles. Le choix dépend de la présence ou non d'une atteinte muqueuse associée, d'éventuelles contre-indications, de la disponibilité d'une photothérapie, du terrain (femme en âge de procréer) :
– **prednisolone :** 0,5 mg/kg par jour pendant 8 semaines puis décroissance sur 2 mois ;
– **calcium + vitamine D3 :** un sachet par jour ;
ou
– **acitrétine 10 mg :** 30 mg/j en une prise pendant 8 semaines (prescription autorisée pour une durée maximale d'1 mois et sous réserve de β-HCG négatifs datant de 3 jours au plus et d'une contraception efficace depuis plus d'un mois) ;
ou
– **photothérapie :** 12 séances, à raison de 2 à 3 séances par semaine (demande d'entente préalable de la SS nécessaire) ;
– **8 méthoxy-psoralène 10 mg,** prendre 2 heures avant chaque séance :
  - 31 à 50 kg : 2 cp,
  - 51 à 65 kg : 3 cp,
  - 66 à 80 kg : 4 cp,
  - 81 à 90 kg : 5 cp,
  - > 90 kg : 6 cp.

Ordonnance en cas de lichen plan érosif de la muqueuse buccale

- **Propionate de clobétasol à 0,05 % crème :** appliquer au doigt sur les lésions érosives 3 fois/j. Ne pas manger ou boire pendant 1 heure après l'application. Traitement pour une durée de 6 semaines puis réévaluation.
- *En cas de réponse insuffisante à la corticothérapie locale ou d'une forme sévère :*

– **prednisolone : 1** mg/kg jusqu'à rémission puis décroissance progressive de 15 à 20 % de la dose par mois;
– **calcium + vitamine D3 :** un sachet par jour.

Mesures hygiénodiététiques

- *Pour la corticothérapie générale* : régime normosodé (6 g/j), normocalorique, pauvre en sucres d'absorption rapide et en lipides, exercice physique régulier en prévention de l'atrophie musculaire. Prévention de l'ostéoporose par biphosphonates en fonction des données de l'ostéodensitométrie (cf. fiche « Ostéoporose »).
- *Pour l'acitrétine :* application 1 à 2 fois/j d'une crème émolliente sur le corps et le visage et d'un baume émollient sur les lèvres pour améliorer la xérose cutanée et muqueuse induite par le traitement. Éviter la consommation d'alcool durant le traitement.
- *Pour la PUVA-thérapie* : une protection des yeux par des lunettes de soleil est nécessaire pendant 6 h après la prise des comprimés.
- *Lichen oral :* bonne hygiène buccodentaire, éviter les aliments et les boissons épicés ou acides.

SURVEILLANCE

- Des effets indésirables engendrés par la corticothérapie : HTA, surpoids, œdèmes, hypokaliémie (contrôle à J14, à renouveler si anomalie ou prescription de potassium), diabète, amyotrophie, ostéoporose, cataracte, excitation, insomnie, infections, acné, glaucome, purpura, ulcère digestif.
- Pour l'acitrétine : vérification de la poursuite d'une contraception, dosage des β-HCG, recherche d'une cytolyse hépatique, d'une cholestase, d'une augmentation des triglycérides et du cholestérol.
- Pour la PUVA-thérapie : le patient sera examiné avant chaque séance pour rechercher des signes d'érythème solaire.
- Dans le lichen buccal érosif chronique, il existe un risque accru de carcinome épidermoïde. La surveillance des patients doit être prolongée et une biopsie réalisée au moindre doute.
- Pour la corticothérapie locale appliquée sur la muqueuse buccale : rechercher des signes de candidose buccale.

NOTES PERSONNELLES

Lichen scléreux génital

RAPPELS

La région génitale est le site de prédilection du lichen scléreux, dermatose inflammatoire auto-immune affectant le plus souvent la femme ménopausée et l'homme d'âge moyen non circoncis. L'évolution chronique peut aboutir à des synéchies et exceptionnellement se compliquer d'un carcinome épidermoïde.

Diagnostic Clinique devant des lésions blanches atrophiques ou scléreuses, plus ou moins étendues, souvent prurigineuses (chez la femme), affectant le gland et le prépuce chez l'homme, la face interne des grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris chez la femme. La présence d'ecchymoses au sein des plaques blanches est très évocatrice. Ces anomalies de couleur et de texture s'associent à des remaniements anatomiques (phimosis, sténose du méat urétral chez l'homme, effacement des petites lèvres et encapuchonnement du clitoris chez la femme). Une biopsie est recommandée en cas de doute diagnostique.

Objectif thérapeutique Faire disparaître la gêne fonctionnelle et les lésions blanches. Par contre, l'efficacité du traitement corticoïde sur les remaniements anatomiques et la réduction du risque de carcinome n'est pas démontrée.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

S'assurer de l'absence de néoplasie intraépithéliale ou de carcinome épidermoïde : zone blanche épaisse, ulcération fixe, élevure à surface érosive ou verruqueuse. Une biopsie est alors nécessaire et l'avis d'un spécialiste souhaitable.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement d'attaque

Propionate de clobétasol à 0,05 % crème : 1 application/j pendant 3 mois (1 à 2 tubes de 10 g/mois).

Ordonnance de traitement d'entretien

Propionate de clobétasol à 0,05 % crème : 1 à 2 applications/semaine.

NB : la durée du traitement d'entretien sera adaptée à l'évolutivité chez chaque patient. Le traitement d'attaque doit être repris en cas de récidive.

Situations particulières

- *La persistance ou l'apparition de symptômes ou de lésions sous traitement* peut relever d'une compliance défectueuse, d'une complication infectieuse (candidose, herpès), d'une vulvodynie associée ou d'un processus néoplasique (carcinome épidermoïde ou précurseur).
- *Chez l'homme, un phimosis résistant aux dermocorticoïdes* est l'indication d'une posthectomie.
- *Chez la femme, une synéchie postérieure des petites lèvres,* source de dyspareunie, est également l'indication d'un traitement chirurgical.

NOTES PERSONNELLES

Lombalgie aiguë

RAPPELS

Douleurs rachidiennes lombaires évoluant depuis moins de 7 jours, liées à une pathologie discale, articulaire postérieure, ligamentaire ou musculaire. La lombalgie aiguë, dans sa forme commune, est une pathologie extrêmement fréquente qui évolue favorablement en quelques jours à quelques semaines dans 90 % des cas.

Diagnostic Exclusivement clinique devant un syndrome rachidien qui associe des rachialgies, une raideur segmentaire et une douleur à la percussion des épineuses. Il faut éliminer une pathologie sous-jacente en recherchant les signes d'alarme : âge de début avant 20 ans ou après 55 ans, caractère inflammatoire et rebelle de la douleur, antécédents néoplasiques, altération de l'état général, fièvre, complication neurologique ou absence de syndrome rachidien. Il faut dépister les risques de passage à la chronicité : problèmes psychologiques, croyances inappropriées vis-à-vis des lombalgies, problèmes professionnels, sociaux ou familiaux, répétition des épisodes aigus. En dehors de ces situations, les examens complémentaires (biologie et imagerie) ne sont réalisés qu'en cas de doute sur le diagnostic ou en présence d'une chronicisation après 6 semaines d'évolution.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur et restituer au plus vite la fonction rachidienne. Le repos n'est pas indiqué car il retarde l'évolution favorable d'une lombalgie aiguë.

➡ *La lutte contre la douleur passe par la prescription de paracétamol et/ou d'un anti-inflammatoire non stéroïdien et, en cas d'échec, d'un antalgique opioïde faible associé ou non au paracétamol.*

➡ *La prévention de la chronicisation et des récidives est basée sur la kinésithérapie, l'autorééducation, la lutte contre la kinésiophobie (appréhension du mouvement) et contre les facteurs de risque (excès pondéral, hygiène de vie et adaptation ergonomique professionnelle si nécessaire).*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche des facteurs de risques* de lombalgie symptomatique ou de chronicisation (cf. ci-dessus).

• *Recherche de contre-indications aux AINS*, notamment ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.

• *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées avec les AINS* : anticoagulants, lithium, méthotrexate à forte dose, ticlopidine, aspirine à forte dose.

• *Recherche d'un terrain à risque* : antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

1re ordonnance

Chez un sujet jeune, sans antécédent médicochirurgical, ayant une douleur très intense n'ayant pas répondu à la prise de paracétamol en automédication :
– **paracétamol 325 mg + tramadol 37,5 mg :** 2 cp toutes les 8 heures, soit 6 cp/24 h pendant 5 jours ;
– **naproxène 550 mg :** 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 5 jours.

2e ordonnance

Chez un sujet âgé de 65 ans, ayant une douleur modérée, hypertendu, ayant une clairance de la créatinine à 50 mL/min : **paracétamol 300 mg + poudre d'opium 10 mg**°, 1 gél. toutes les 6 heures pendant 5 jours (° équivaut à 1 mg de morphine).

Ordonnance de kinésithérapie

La kinésithérapie n'est habituellement pas recommandée dans la phase aiguë de la lombalgie. En cas de répétition des épisodes aigus douloureux ou en cas de facteurs de risque de chronicisation, la prise en charge kinésithérapique est essentielle. Elle a pour objectifs les étirements musculaires, les renforcements musculaires paravertébraux, abdominaux et des membres inférieurs, du travail d'éducation posturale et de proprioception, un reconditionnement physique progressif (travail d'endurance aérobic), un enseignement ergonomique. La kinésithérapie a surtout pour but l'éducation du patient pour le convaincre de faire très régulièrement, au moins 2 à 3 fois/semaine, des séances d'autorééducation.

Ordonnance de kinésithérapie (suite)

Faire pratiquer par un masseur kinésithérapeute 15 séances de kinésithérapie pour lombalgies aiguës à répétition :
– travail d'étirement des muscles des membres inférieurs et des muscles paravertébraux ;
– renforcement isométrique des muscles paravertébraux, abdominaux et des membres inférieurs, travail postural de l'ensemble du rachis ;
– travail de bascule du bassin et apprentissage du placement du bassin et du dos dans les efforts de la vie courante et professionnelle ;
– apprentissage des exercices d'autorééducation.

Règles hygiénodiététiques

• En cas de surcharge pondérale, il est indispensable de faire adhérer le patient à un **programme de perte de poids** progressive grâce à un régime alimentaire équilibré.

• Rassurer le patient sur la cause des lombalgies, ne pas surmédicaliser, et convaincre le patient de la nécessité d'une **activité physique régulière** dans le but d'un reconditionnement progressif à l'effort.

Situations particulières

En cas de douleurs lombaires aiguës très intenses et ne répondant pas aux traitements proposés ci-dessus, le recours aux opioïdes forts peut être nécessaire sur une période courte de 3 à 5 jours. Sur ordonnance sécurisée avec identification du médecin :
– **sulfate de morphine à libération prolongée :** trente milligrammes matin et soir pendant trois jours puis dix milligrammes matin et soir pendant deux jours puis arrêter (la prescription doit être faite en toutes lettres) ;
– **paracétamol 1 g :** 1 cp toutes les 6 heures soit 4 g/j pendant 7 jours (ne pas dépasser cette posologie maximale).

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement :* réévaluation répétée et adaptée de la douleur et examen clinique du rachis lombaire.

• *Recherche d'une complication neurologique ou de l'aggravation de la symptomatologie* faisant craindre une lombalgie symptomatique ou le passage à la chronicité.

• *Recherche des effets indésirables des antalgiques utilisés*, notamment des AINS : troubles digestifs, hypertension, insuffisance rénale, etc.

NOTES PERSONNELLES

Lombosciatique (d'origine) discale

RAPPELS

Douleurs rachidiennes lombaires avec irradiation (paresthésies et douleurs) selon un trajet radiculaire complet L5 ou S1. En l'absence de douleur lombaire, d'irradiation au-delà du creux poplité ou de paresthésies, on parle de sciatalgie (la plupart du temps non discale). Une sciatique discale guérit avec le traitement médical en quelques semaines (> 85 % des cas). Une complication neurologique ou un échec du traitement médical font discuter une intervention chirurgicale.

Diagnostic Clinique avec un syndrome rachidien (rachialgies lombaires, raideur segmentaire, éventuellement attitude antalgique à l'antéflexion du rachis, douleur à la palpation des épineuses et des muscles paravertébraux) et un signe de Lasègue. Un examen neurologique soigneux doit rechercher un déficit moteur ou sensitif ou réflexe et des troubles sphinctériens.

Il faut éliminer une pathologie sous-jacente (non discale) en recherchant des signes d'alarme : début < 20 ans ou > 55 ans, caractère inflammatoire et rebelle de la douleur, antécédents néoplasiques, altération de l'état général, fièvre, complication neurologique, absence de syndrome rachidien ou de signe de Lasègue. En dehors de ces situations, des examens complémentaires ne sont réalisés qu'en cas de doute diagnostique ou en l'absence de réponse au traitement médical. Les radiographies du rachis lombaire et du bassin sont faites pour les diagnostics différentiels, l'IRM lombaire recherche la hernie discale

concordante à la clinique (L5 ou S1) et la biologie recherche un syndrome inflammatoire ou infectieux.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur et restituer la fonction rachidienne.

➡ *La lutte contre la douleur passe par la prescription de paracétamol et d'un anti-inflammatoire non stéroïdien et, en cas d'échec, d'un antalgique opioïde faible associé ou non. En cas de réponse insuffisante et en l'absence de contre-indication : infiltration épidurale d'un corticoïde et élongations ou tractions lombaires. Une chirurgie discale n'est envisagée qu'en cas d'échec de ces traitements ou devant la survenue d'une complication neurologique.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'une complication neurologique :* déficit moteur récent < 3/5 ou syndrome de la queue-de-cheval, qui constituent une urgence chirurgicale.
- *Recherche de contre-indications aux AINS,* notamment ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.
- *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées avec les AINS :* anticoagulants, lithium, méthotrexate, ticlopidine, aspirine à forte dose.
- *Recherche d'un terrain à risque :* antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, grossesse.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Le **repos** est indiqué (contrairement à la lombalgie aiguë).

Ordonnance chez un sujet jeune, sans antécédent médicochirurgical, ayant une douleur très intense n'ayant pas répondu à la prise de paracétamol en automédication

- **Paracétamol 325 mg + tramadol 37,5 mg :** 2 cp toutes les 8 heures, soit 6 cp/24 h pendant 5 jours (dose maximale : 8 cp./24 h).
- **Naproxène 550 mg :** 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 5 jours.

Ordonnance chez un sujet âgé de 65 ans, ayant une douleur modérée, hypertendu, avec une clairance de la créatinine à 50 mL/min

Paracétamol 500 mg + poudre d'opium 25 mg* : 1 gél. toutes les 6 heures pendant 5 jours (* équivaut à 2,5 mg de morphine) (dose maximale : 8 gél./24 h).

Ordonnance en l'absence d'efficacité de la première ordonnance avec une douleur très intense (EVA : 80/100)

- **Kétoprofène 100 mg :** 1 cp matin et soir au cours du repas pendant 2 semaines.

Ordonnance en l'absence d'efficacité de la première ordonnance avec une douleur très intense (suite)

Ordonnance sécurisée avec des posologies en toutes lettres

• **Sulfate de morphine LP :** quarante milligrammes matin et soir pendant cinq jours puis vingt milligrammes matin et soir pendant cinq jours.

• En cas de *recrudescence douloureuse aiguë* > 40/100 : **sulfate de morphine LI,** dix milligrammes, à renouveler éventuellement toutes les 6 heures.

Co-prescrire systématiquement un antiémétique et un accélérateur du transit intestinal.

Réévaluer la douleur tous les jours pour adapter les doses.

Si amélioration suffisante, relayer la prescription de morphine par un **antalgique de palier 2.**

Si amélioration insuffisante, adresser le patient à un rhumatologue pour **infiltrations épidurales et élongations lombaires.**

Ordonnance de kinésithérapie

La kinésithérapie n'est habituellement pas recommandée dans la phase aiguë de la lombosciatique. En cas de répétition des épisodes douloureux ou en cas de facteurs de risque de chronicisation, la prise en charge kinésithérapique est essentielle. Elle a pour objectifs les étirements musculaires, les renforcements musculaires paravertébraux, abdominaux et des membres inférieurs, du travail d'éducation posturale et de proprioception, un reconditionnement physique progressif (travail d'endurance aérobic), un enseignement ergonomique. La kinésithérapie a surtout pour but l'éducation du patient pour le convaincre de faire régulièrement, au moins 2 à 3 fois par semaine, des séances d'autorééducation.

Faire pratiquer par un masseur kinésithérapeute **15 séances de kinésithérapie pour lombosciatiques à répétition :**
– travail d'étirement des muscles des membres inférieurs et des muscles paravertébraux ;

Ordonnance de kinésithérapie (suite)

– renforcement isométrique des muscles paravertébraux, abdominaux et des membres inférieurs ;
– travail postural de l'ensemble du rachis, travail de bascule du bassin et apprentissage du placement du bassin et du dos dans les efforts de la vie courante et professionnelle ;
– apprentissage des exercices d'autorééducation.

Règles hygiénodiététiques

• La prévention des récidives est basée sur la kinésithérapie, l'autorééducation, la lutte contre la kinésiophobie (appréhension du mouvement) et contre les facteurs de risque.

• En cas de surcharge pondérale, il est indispensable de faire adhérer le patient à un programme de perte de poids progressive grâce à un régime alimentaire équilibré.

• Adaptation ergonomique professionnelle si nécessaire.

• Rassurer le patient sur la cause des lombosciatiques ; ne pas surmédicaliser ; convaincre le patient de la nécessité d'une activité physique régulière, après l'épisode aigu dans le but d'un reconditionnement progressif à l'effort.

Situations particulières

• La survenue d'une *complication neurologique sévère* (déficit moteur récent inférieur à 3/5 ou syndrome de la queue-de-cheval) constitue une urgence chirurgicale.

• En cas de *lombosciatique présumée discale ne répondant pas au traitement médical bien conduit* incluant infiltrations et élongations, réalisées après une IRM confirmant la hernie discale, envisager avec un chirurgien du rachis l'exérèse de la hernie par microchirurgie.

SURVEILLANCE

• Initialement, recherche quotidienne d'une complication neurologique ou de l'aggravation de la symptomatologie faisant craindre une lombosciatique symptomatique ou le passage à la chronicité.

• De *l'efficacité du traitement* : réévaluation répétée de la douleur pour adaptation thérapeutique ; examen clinique du rachis lombaire.

• Recherche des *effets indésirables des antalgiques* utilisés :
– AINS : troubles digestifs, hypertension, insuffisance rénale ;
– opiacés : nausées, constipation, sédation excessive, confusion, hypotension, rétention urinaire.

NOTES PERSONNELLES



Lucite estivale

RAPPELS

Photodermatose bénigne affectant jusqu'à 10 % de la population adulte avec une prédominance féminine (80 %). Elle débute généralement vers l'âge de 15-25 ans et résulte d'une sensibilité excessive aux UV.

Diagnostic Clinique devant une éruption apparaissant 2 ou 3 jours après une exposition solaire prolongée (bains de soleil estivaux). Très prurigineuse, elle est formée de petites papules érythémateuses plus ou moins confluentes, respectant le visage, avec une topographie préférentielle sur le décolleté, les épaules et les membres. Cette photosensibilité s'atténue en 5 à 10 jours sans cicatrice mais on constate une évolution par poussées après de nouvelles expositions solaires prolongées. Ces poussées vont en s'aggravant, survenant lors d'expositions modérées avec un allongement de la durée de photosensibilisation et/ou une extension de la surface atteinte.

Objectif thérapeutique Faire disparaître la gêne fonctionnelle du patient et éviter ou diminuer le nombre de nouvelles poussées.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications* :
– dermocorticoïdes : infections cutanées bactériennes, virales, mycosiques ou parasitaires (gale), lésions ulcérées ;

– antihistaminiques H1 : allongement de l'espace QT et médicaments favorisants, grossesse et allaitement ;
– hydroxychloroquine : hypersensibilité au produit, rétinopathie, grossesse (rapport bénéfice/risque insuffisant dans cette indication) et allaitement.

• *Recherche de terrains à risque pour l'hydroxychloroquine :*
– rétinopathie : le traitement nécessite un bilan ophtalmologique préalable (champ visuel et vision des couleurs) puis un bilan annuel en cas de prise au long cours ;
– en cas d'insuffisance rénale ou hépatique, une réduction de la dose est recommandée ;
– en cas de psoriasis ou de porphyrie aiguë intermittente, le médicament peut déclencher une crise.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la poussée par un dermocorticoïde de puissance forte associé à un anti-histaminique de 2e génération

• **Bétaméthasone dipropionate 0,05 % crème :** 1 application/j sur la dermatose pendant 8 jours (2 à 3 tubes au total).

• **Desloratadine :** 1 cp à 5 mg/j pendant 8 jours.

Ordonnance de traitement préventif en cas de lucites estivales sévères résistantes aux règles hygiénodiététiques

• **Hydroxychloroquine,** 200 mg 2 fois/j à débuter 10 à 15 jours avant l'exposition solaire, pendant et une semaine après l'exposition.

Règles hygiénodiététiques

• Expositions progressives en fonction du phototype et de l'ensoleillement.

• Éviction solaire entre 12 et 16 heures.

• Port régulier de vêtements photoprotecteurs.

• Utilisation régulière de produits de protection solaire « très haute protection + 50 » permettant un indice de protection UVA très élevé (spectre d'action de la lucite estivale).

Situations particulières

• *La lucite hivernale bénigne* est une pathologie des sports d'hiver apparaissant quelques heures après une exposition importante

sous un soleil brillant (facteurs déclenchants : soleil, temps froid et altitude). L'éruption est faciale (pommettes, front, lobes d'oreilles). Le traitement proposé est identique.

• *Les lucites persistantes sévères* sont déclenchées par des expositions solaires de faible intensité et surviennent du printemps à l'automne. La lucite polymorphe, l'urticaire solaire, le prurigo actinique font partie des lucites persistantes sévères. Trois critères les distinguent de la lucite estivale :
- l'atteinte du visage;
- la survenue de manifestations après une faible exposition;
- l'absence de disparition des lésions malgré le bronzage.

Ces lucites persistantes sévères nécessitent des explorations photodermatologiques et un bilan spécialisé.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : amélioration et disparition progressive des manifestations cliniques.

• De la tolérance en cas d'utilisation d'hydroxychloroquine : possibilité de troubles digestifs, de céphalées, de sensations vertigineuses, d'acouphènes.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

Lyme (maladie de) – Morsure de tique

RAPPELS

Maladie infectieuse causée par une bactérie du complexe *Borrellia* dont 3 espèces sont pathogènes en Europe : *B. afzelii*, *B. garinii* et *B. burgdorferi*. Elle est transmise à l'homme par une morsure de tique infectée dont la période s'étend d'avril à novembre. Il n'y a pas de transmission interhumaine ni par contact direct avec des animaux. En France, le nombre de cas annuel est de l'ordre de 27 000 avec une grande disparité selon les régions et un gradient décroissant Est-Ouest : plus de 100 cas/100 000 habitants en Alsace, 50-100 cas/100 000 en Champagne-Ardenne, Auvergne, Franche-Comté, Limousin, Rhône-Alpes et < 50/100 000 dans le Centre, la Basse-Normandie et l'Aquitaine.

Diagnostic De borréliose de Lyme évoqué si le patient a été exposé à une morsure de tique mais celle-ci a pu passer inaperçue. Les manifestations cliniques sont cutanées, neurologiques, ostéoarticulaires et cardiaques. Elles sont classiquement rapportées en trois stades (Tableau 1) dont la succession est inconstante après le stade précoce.

Un test biologique de confirmation n'est pas recommandé au stade d'érythème migrant (forme la plus fréquente de la maladie) en raison de nombreux faux négatifs dans cette phase précoce.

Aux stades ultérieurs, le diagnostic nécessite une confirmation biologique. La recherche d'anticorps spécifiques repose sur des techniques indirectes : test de dépistage (ELISA, IFI), systématiquement complété d'un test de confirmation (*western blot* ou immunoblot) lorsque le test

de dépistage est positif ou douteux. La recherche directe de la bactérie (culture et PCR) est réservée à des laboratoires spécialisés lors d'une prise en charge hospitalière (neuroborréliose, arthrite, etc.).

Tableau 1 – **Stades cliniques de la maladie de Lyme.**

Stade	Symptômes	Remarques
Précoce localisé	Érythème chronique migrant	Parfois accompagné d'un syndrome grippal
Précoce disséminé	Méningite et méningoradiculite lymphocytaire Arthralgies et arthrites Myocardite et BAV	Atteinte cardiaque rare et habituellement asymptomatique
Tardif	Encéphalomyélite chronique Polyneuropathies sensitives axonales Acrodermatite chronique atrophiante	« La maladie chronique de Lyme » avec asthénie, troubles de la mémoire et algies diffuses rapportés après une infection documentée bien traitée, ne semble pas en rapport avec une infection active

Objectif thérapeutique Guérir l'infection et éviter le passage aux stades ultérieurs.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'une association médicamenteuse déconseillée* avec les macrolides (cisapride, tacrolimus, colchicine) ou d'une *contre-indication* aux tétracyclines (insuffisance hépatique ou rénale, rétinoïdes, psoralènes) ou d'une allergie aux β-lactamines.
- *Rechercher une co-infection* : les tiques peuvent être co-infectées par différents agents pathogènes (tularémie, fièvre Q, etc.). La transmission simultanée de différents agents peut expliquer des formes cliniques atypiques et la résolution incomplète des symptômes après le traitement d'une seule infection.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement curatif

Le traitement curatif fait appel aux β-lactamines ou aux macrolides ou aux cyclines. Le choix et les modalités de prescription dépendent du stade de la prise en charge (Tableau 2).

Tableau 2 – **Traitement de la maladie de Lyme selon le stade clinique.**

Stade		Traitement	Durée	Remarques
Précoce localisé	1re intention	Amoxicilline PO 1 g 3 fois/j ou Doxycycline PO 100 mg 2 fois/j	14-21 j 14-21 j	Les cyclines sont contre-indiquées chez l'enfant avant 8 ans et chez la femme enceinte
	2e intention	Céfuroxime-axétil PO 500 mg 2 fois/j	14-21 j	
	3e intention	Azithromycine PO 500 mg 1 fois/j	10 j	
Précoce disséminé et tardif		Ceftriaxone IV 2 g/j	21-28 j	

Ordonnance de traitement préventif

- Il n'existe pas actuellement de vaccin disponible contre la borréliose de Lyme. La prévention individuelle repose sur la **protection mécanique** (vêtements couvrants et clairs pour repérer plus rapidement les tiques non encore fixées), l'**inspection cutanée** après exposition (derrière les genoux, les aisselles, les zones génitales, le nombril et en particulier chez le jeune enfant le cuir chevelu, le cou,

Ordonnance de traitement préventif (suite)

l'arrière des oreilles) et le **retrait de la tique** le plus rapidement possible. Ce retrait ne doit pas se faire par traction ou par compression mais par rotation à l'aide d'une pince fine ou d'un tire-tique disponible en pharmacie. Une désinfection est nécessaire après le retrait et non avant. Puis la zone de morsure doit être surveillée durant 4 semaines (surinfection, érythème migrant).

• **L'antibioprophylaxie après morsure de tique n'est pas recommandée systématiquement.** Elle doit être discutée au cas par cas chez les sujets en zone d'endémie mordus par plusieurs tiques avec une durée d'attachement > 72 h. Une dose unique de 200 mg de **doxycycline** est utilisée (chez l'enfant > 8 ans : 4 mg/kg en une prise).

• La borréliose de Lyme ne confère pas d'immunité. Les mesures individuelles de prévention s'appliquent aussi aux personnes ayant déjà contracté la maladie.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

M

Ménopause (traitement hormonal)

RAPPELS

Diagnostic Arrêt spontané des règles, pendant au moins 12 mois consécutifs, qui survient à un âge moyen de 51 ans. Les ovaires cessent alors leur production d'œstradiol et de progestérone. Cette chute hormonale peut être responsable de symptômes regroupés sous le terme de syndrome climatérique (bouffées vasomotrices, sueurs nocturnes, troubles du sommeil, troubles génito-urinaires [en particulier sécheresse vaginale], douleurs articulaires, baisse de la libido, troubles de l'humeur, etc.) et, sur le plus long terme, d'une accélération de la perte osseuse et d'une augmentation du risque cardiovasculaire.

Objectif thérapeutique Un traitement hormonal de la ménopause (THM) n'est indiqué que si le rapport bénéfice/risque de ce traitement est jugé favorable :
– si trouble du climatère suffisamment gênant pour altérer la qualité de vie ;
– si risque fracturaire élevé, en cas d'intolérance ou de contre-indication à un autre traitement indiqué dans la prévention de l'ostéoporose.

➡ *Le THM n'est pas indiqué chez les femmes ménopausées en bonne santé sans trouble du climatère et sans facteur de risque d'ostéoporose, ni dans la prévention du risque fracturaire en première intention (sauf en cas d'insuffisance ovarienne prématurée, cf. pages suivantes).*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'une contre-indication absolue au THM* : cancer hormonodépendant, hyperplasie endométriale, hémorragie génitale non diagnostiquée, accident thromboembolique veineux en évolution, accident artériel (coronarien ou cérébral), affection hépatique en cours, lupus, porphyrie, mastopathie « frontière » (hyperplasie canalaire atypique), angiœdème.
- *Recherche d'une contre-indication relative au THM* : cardiopathie emboligène, antécédent thromboembolique veineux.
- *Précautions d'emploi* : obésité, diabète, dyslipidémie, HTA, tabagisme, antécédents familiaux de cancer du sein, mastopathie bénigne, endométriose.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : inducteurs enzymatiques, ciclosporine.
- Par ailleurs, il est nécessaire d'avoir :
  - pratiqué un examen clinique, gynécologique et mammaire préalable ;
  - réalisé un bilan glucidolipidique ;
  - informé des possibilités de traitements non hormonaux du syndrome climatérique et des risques liés à la prise de THM (augmentation du risque de cancer du sein selon la durée de traitement et données sur le risque cardiovasculaire, dépendant du type de traitement et de sa durée).
- La prescription d'un THM s'effectue idéalement dans les années suivant l'installation de la ménopause, période semblant plus favorable concernant le risque cardiovasculaire.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

En première intention, prescription d'un estrogène naturel (17-bêta-estradiol) par voie percutanée, associé à de la progestérone naturelle afin de minimiser les risques thromboemboliques, artériels et mammaires. Le THM sera prescrit à la dose minimale efficace (posologie minimale au départ puis adaptation selon efficacité) et pendant la durée la plus courte possible :
- **estradiol en gel :** appliquer 0,5 à 0,75 mg d'estradiol par jour du 1[er] au 25[e] jour du mois, sur une large surface (avant-bras, face interne des cuisses, sans appliquer sur les seins) ;
- ou **estradiol en patch** (délivrant 25 à 50 µg d'estradiol/24 h) : un patch du 1[er] au 25[e] jour du mois, à coller sur une zone du tronc (région lombaire, abdomen, *etc.*) (ne pas coller sur les seins) ; à renouveler 1 ou 2 fois/semaine selon le dispositif ;
- la posologie sera augmentée après quelques semaines en cas de persistance des symptômes jusqu'à trouver la dose minimale efficace ;
- et **progestérone 100 mg :** une capsule molle par voie orale ou vaginale par jour du 1[er] au 25[e] jour du mois (schéma combiné) ;
- ou **progestérone 200 mg :** une capsule molle par voie orale ou vaginale par jour du 14[e] au 25[e] jour du mois (dans ce schéma séquentiel, la progestérone doit être prise au moins 12 jours par mois).

Règles hygiénodiététiques

- Arrêt du tabac et limitation des boissons alcoolisées, régime pauvre en graisses et sucres rapides.
- Apport suffisant en calcium (1 000 à 1 200 mg/j en privilégiant la prise alimentaire), et en vitamine D (exposition solaire modérée régulière ± supplémentation).
- Activité physique régulière.

Règles hygiénodiététiques (suite)

• Pour les bouffées vasomotrices : éviter les repas épicés et la consommation d'alcool.

Situations particulières

• *En cas d'antécédent d'hystérectomie,* le THM est réduit à un **estrogène** seul.

• *Dans la prévention de l'ostéoporose,* débuter le traitement à 50 µg d'estradiol/24 h, et augmenter la posologie quotidienne d'estradiol selon la symptomatologie.

• *En cas de sécheresse vaginale,* isolée ou persistante sous THM, un traitement local pourra être prescrit, soit par gel non hormonal (**Replens® :** 1 application 2 à 3 fois/semaine), soit par **estrogènes** locaux (**estriol ou promestriène en crème et/ou ovules :** 2 applications et/ou ovules/semaine).

• *En cas d'insuffisance ovarienne prématurée,* la prise d'un THM est recommandée au moins jusqu'à l'âge de 45 ans.

SURVEILLANCE

• Surveillance clinique, mammaire et gynécologique annuelle, mammographie bilatérale tous les deux ans, frottis cervicovaginal tous les trois ans jusqu'à 65 ans et bilan métabolique tous les cinq ans.

• La posologie du traitement doit être adaptée en fonction de la symptomatologie :
– en cas de symptômes d'hyperestrogénie (mastodynies, nausées, irritabilité, insuffisance veineuse), réduire la posologie quotidienne de 17-bêta-estradiol ;
– en cas de symptômes d'hypoestrogénie (bouffées vasomotrices, sécheresse vaginale), augmenter la posologie quotidienne de 17-bêta-estradiol.

• Le traitement devant être prescrit pendant une durée limitée, la balance bénéfice/risque doit être réévaluée régulièrement.

• En cas de métrorragies, interrompre le traitement avant d'avoir pu établir un diagnostic.

• Le traitement doit être arrêté en cas de survenue d'une contre-indication ou d'une augmentation significative de la tension artérielle ou de céphalées inhabituelles.

NOTES PERSONNELLES

Migraine de l'adolescent et de l'adulte

RAPPELS

Céphalées paroxystiques récurrentes, séparées par des intervalles libres, qui possèdent des caractères sémiologiques évocateurs : progressives, unilatérales, pulsatiles, généralement rétro-orbitaires, associées à des nausées et/ou une photophobie. L'existence de manifestations précessives visuelles et/ou sensitives distingue les crises avec aura (20 %) ou sans aura (80 %). Les crises, dont la fréquence est très variable (de quelques-unes/an à plusieurs/semaine), durent habituellement de 4 à 24 heures, rarement jusqu'à 72 heures, cédant avec le traitement et souvent après un repos dans une pièce sombre. Pathologie fréquente et bénigne mais handicapante par la répétition des crises.

Diagnostic Le plus souvent aisé devant une forme clinique typique chez un malade qui connaît son affection, il ne nécessite pas d'examens complémentaires mais la recherche d'éventuels facteurs favorisants (alimentaires ou environnementaux, HTA ou dépression après 50 ans). L'examen clinique est normal. Par contre, une imagerie cérébrale est recommandée en cas de céphalées atypiques, de céphalées brutales d'installation rapide (< 1 mn), de crises apparues après 50 ans, d'auras atypiques ou d'anomalies à l'examen clinique.

Objectif thérapeutique Il est double :
- traiter la crise pour soulager le malade : deux familles médicamenteuses ont fait la preuve de leur efficacité : les AINS et les triptans ;
- prévenir les récidives fréquentes par la mise en place d'un traitement de fond. La nécessité de ce dernier dépend de la fréquence des crises (plusieurs crises/mois) mais surtout de leur retentissement social. Bêta-

bloquants et anti-épileptiques sont les mieux évalués dans cette indication. Ce traitement doit permettre de limiter l'abus d'antalgiques en automédication.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications* :
– AINS : allergie aux AINS, ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse ;
– triptans : ATCD cardiovasculaires, HTA non contrôlée, insuffisance hépatique ou rénale sévère. Utilisation déconseillée < 12 ans et > 65 ans ;
– bêtabloquants : asthme, BPCO sévère, troubles de conduction ou bradycardie importante. Réduire la posologie de 50 % si clearance créatinine < 30 mL/min ;
– topiramate : hypersensibilité aux sulfamides, grossesse et allaitement ;
– amitriptyline : glaucome par fermeture de l'angle, infarctus myocardique récent, obstacle prostatique.

• *Recherche de terrains à risque* :
– AINS : antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque ;
– triptans : facteurs de risque cardiovasculaires, conducteurs de véhicules ;
– bêtabloquants : diabète sous hypoglycémiants, myasthénie, sujets âgés ;
– topiramate : ATCD dépressifs, glaucome à angle fermé, réduire la posologie de 50 % si clearence créatinine < 50 mL/min.

• *Recherche d'associations déconseillées* :
– AINS : lithium, méthotrexate ;
– triptans : ergotamine, IMAO ;
– topiramate : contraceptifs oraux (risque d'inactivation).

• *Recherche d'associations à prendre en compte* :
– AINS : anticoagulants, diurétiques ;
– triptans : antidépresseurs sérotoninergiques, cimétidine ;
– bêtabloquants : antiarythmiques, digitaliques, inhibiteurs calciques ;
– topiramate : autres antiépileptiques, digoxine, lithium.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la crise

• **Ibuprofène 400 :** 1 cp à prendre le plus précocement possible dès le début des douleurs.

ou :

• **Sumatriptan 10 mg solution pour administration nasale :** une pulvérisation dans une seule narine à prendre au bout de 2 heures si l'ibuprofène n'est pas efficace ou mal toléré, ou d'emblée chez les patients ayant des crises sévères.

Pour les patients insuffisamment soulagés par la posologie de 10 mg, une dose de 20 mg sera nécessaire lors de la crise suivante. Ne pas utiliser plus de 2 pulvérisations/j.

NB : il est recommandé d'éviter les opioïdes, seuls ou en association, qui peuvent aboutir à un abus médicamenteux, voire à un comportement addictif.

Ordonnance de traitement de fond

• **Métoprolol LP 200 mg :** ½ cp, soit 100 mg, le matin. Si l'amélioration au bout de 2 mois est insuffisante et le traitement bien toléré, une posologie de 200 mg en une prise le matin peut être envisagée.

ou

• **Topiramate 25 :** débuter par 25 mg/j le soir, avec si nécessaire une augmentation de 25 mg chaque semaine sans dépasser 100 mg/j en 2 prises.

Règles hygiénodiététiques

Suppression des facteurs favorisants possibles : alimentaires (chocolat, alcool) ; sensoriels (bruits, odeurs, etc.) ; sommeil prolongé (WE).

Situations particulières

• *En cas de migraines cataméniales :* **œstradiol 0,06 % gel pour application cutanée,** une application de 1,5 mg/j pendant 8 jours, à débuter la veille des règles.

• *En cas de grossesse :*
– débuter par **paracétamol,** 1 g à renouveler après 4 heures si nécessaire (l'association à la codéine n'est pas recommandée en raison du risque de nausées);
– en cas de nausées : **doxylamine,** 1 cp à 15 mg;
– dans les formes sévères, peuvent être utilisés à titre exceptionnel durant le premier trimestre de l'**aspirine** (Migpriv®, 1 sachet) ou du **sumatriptan** (*cf.* ci-avant);
– la mise en place d'un traitement préventif par **propranolol,** 20 mg 2 fois/j puis 40 mg 2 fois/j si nécessaire, est recommandée.

• *En cas de formes rebelles :* **amitriptyline 25 mg,** 25 mg le soir à augmenter à 50 mg après 2 mois si nécessaire. La relaxation, le biofeedback et les thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress peuvent être envisagés en fonction du profil psychologique du patient.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : noter sur un calendrier les jours de crises afin de juger objectivement de l'évolution et de l'efficacité de la prise en charge.

• Des effets indésirables du traitement de fond :
– bêtabloquants : asthénie, mauvaise tolérance à l'effort, insomnie, impuissance, dépression;
– topiramate : troubles cognitifs, paresthésies, asthénie, somnolence, vertiges.

Mycose vulvovaginale

RAPPELS

Les mycoses vulvovaginales sont les infections gynécologiques les plus fréquentes et 75 % des femmes développent au moins une fois une mycose vaginale. Elles sont essentiellement dues à des champignons opportunistes levuriformes du genre *Candida*, d'origine intestinale. *Candida albicans* est en cause dans près de 80 % des cas; d'autres variétés (*C. krusei, C. tropicalis* et *C. glabrata*) sont plus rarement retrouvées.

Diagnostic Clinique devant une symptomatologie souvent aiguë et bruyante. Le prurit vulvaire est quasi-constant et entraîne un grattage qui aggrave la vulvite. Il s'associe souvent à des brûlures et/ou une dyspareunie. Il peut exister des leucorrhées peu abondantes et épaisses. L'examen retrouve une vulvite érythémateuse et œdémateuse, avec des lésions pouvant déborder sur le périnée. Au speculum, les leucorrhées sont blanches, épaisses, caillebottées. Le prélèvement vaginal (ou au niveau des foyers digestifs), non systématique, peut permettre une confirmation : pH acide et parfois filaments mycéliens à l'examen direct mais la culture sur Sabouraud reste l'examen de référence avec possibilité d'un fongigramme.

Objectif thérapeutique Soulager la patiente, éradiquer le champignon et prévenir les récidives. Les lésions aiguës sont facilement traitées avec les dérivés azolés par voie locale.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Éliminer les diagnostics différentiels des érythèmes prurigineux de la vulve :* lichen, eczéma, psoriasis, dermatophyties.
- *Rechercher et modifier/traiter des facteurs favorisant les récidives :*
  – iatrogènes : antibiotiques, antiparasitaires, corticoïdes, immunosuppresseurs, antécédent de radiothérapie pelvienne, contraceptifs oraux fortement dosés en œstrogènes, allergènes locaux (douches vaginales, articles de toilette parfumés), acidité vaginale importante (pH < 4,5) (savons acides, etc.) ;
  – morbidités : diabète, immunodépression, VIH.
- *Recherche de prise d'AVK :* les imidazolés sont des inhibiteurs puissants des CYP 3A4/2C9. Malgré un passage systémique limité par voie vaginale, des interactions significatives sont possibles et une surveillance rapprochée de l'INR avec adaptation des posologies peut être nécessaire.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance dans les formes légères vaginales

Un ovule imidazolé LP (ovule minute), éventuellement renouvelé une fois : **éconazole ovule retard (LP)** ou **sertaconazole ovule,** : 1 ovule vaginal, à insérer le soir. Renouveler éventuellement 3 jours plus tard (5 jours pour le sertaconazole).

Ordonnance en cas de vulvite (isolée ou associée)

Crème imidazolée en application bi-quotidienne : **éconazole crème** ou **sertaconazole crème,** 1 application 2 fois/j pendant 7 à 10 jours (15 jours pour les formes plus sévères).

Règles hygiénodiététiques

- Utilisation de **savons** ou d'un **traitement local** permettant de diminuer l'acidité vaginale (savon à l'acide borique au pH alcalin, bicarbonate de Na dilué dans l'eau, etc.).
- Associer un traitement local à action anti-inflammatoire et anti-prurigineuse : **benzydamine 0,1 % solution vaginale,** 1 administration matin et soir pendant 3 jours.
- Utilisation de **probiotiques** par voie orale ou vaginale (produits de parapharmacie) pour restauration de la flore vaginale après la fin du traitement.
- Éviter les endroits chauds et humides (piscine), préférer les douches aux bains, sécher soigneusement (sèche-cheveux).
- Éviter les vêtements serrés et les sous-vêtements synthétiques.

Situations particulières

- *Devant une réaction inflammatoire locale sévère,* éviter les traitements « minute » et préférer les traitements prolongés jusqu'à disparition des signes cliniques.

Situations particulières (suite)

- *En cas de mycose asymptomatique* découverte sur prélèvement vaginal ou sur frottis (20 % des mycoses vulvovaginales), un traitement n'est pas nécessaire.
- *En cas de mycoses récidivantes* (≥ 4 mycoses par an avec preuve mycologique à au moins 2 reprises), le plus souvent liées à *C. glabrata, C. krusei* ou *C. tropicalis* :
  – le traitement local est prolongé : ovules pendant 7 à 10 jours + crème 10 à 15 jours ;
  – un traitement général est associé : **fluconazole 150 mg,** 1 cp en une seule prise une fois par mois, de préférence en période post-menstruelle, pendant 6 mois (si nécessaire, le traitement peut être intensifié avec une fréquence hebdomadaire pendant les 3 premiers mois) ;
  – éliminer les facteurs de risque.
- *En cas de mycoses récidivantes à la prise d'antibiotique* (risque de candidose de 80 % si antibiothérapie à large spectre pendant plus de 3 jours) ou prémenstruelles : associer un traitement par ovule imidazolé retard et une prise unique de fluconazole (150 mg) à la fin du traitement antibiotique ou en fin de règles.
- *Mycose en cours de grossesse* (facteur favorisant) : traitement local habituel, prolongé de 1 à 2 semaines, en évitant ciclopirox, sulconazole, tioconazole. Les traitements par voie orale sont à éviter.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement sur la symptomatologie clinique.
- Il n'est pas nécessaire de consulter ou de renouveler le prélèvement vaginal après traitement, sauf en cas de persistance de la symptomatologie avec inefficacité totale des traitements, auquel cas il faut se reposer la question des diagnostics différentiels.

Névralgie trigéminale

RAPPELS

Douleur unilatérale dans l'un des territoires sensitifs du nerf trijumeau (V), de caractère fulgurant, très intense, à type de brûlure ou de décharge électrique, durant quelques secondes et survenant par salves lors d'une période douloureuse. Ces dernières sont entrecoupées de périodes d'accalmies, sans aucun signe. Une congestion de l'œil et de la muqueuse nasale peuvent apparaître durant les crises.

Diagnostic Clinique sur la topographie unilatérale limitée au territoire du V. L'évolution paroxystique et la brièveté de la crise permettent d'éliminer une douleur dentaire ou une algie vasculaire de la face. La névralgie trigéminale est le plus souvent essentielle (indolence entre les accès ; « zone gâchette » présente ; examen neurologique normal ; début > 60 ans), mais elle peut être symptomatique (post-traumatique, tumorale ou vasculaire).

Objectif thérapeutique Réduire et prévenir les récidives douloureuses qui peuvent altérer profondément la qualité de vie.

- *La carbamazépine constitue le traitement de référence. La durée de la crise étant extrêmement brève, son traitement en phase aiguë ne se pose pas habituellement mais il faut noter que les opiacés ne sont pas efficaces dans les formes subintrantes. L'instillation de lidocaïne en spray intranasal a été proposée. Naturellement, les formes symptomatiques relèvent d'un traitement étiologique.*

PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications : blocs auriculoventriculaires, porphyries hépatiques, hypoplasie médullaire.*
- *Recherche de terrains à risque : grossesse, sujets âgés, adénome prostatique, glaucome par fermeture de l'angle, insuffisances cardiaque, hépatique ou rénale.*
- *Recherche d'associations contre-indiquées : IMAO, télaprévir, voriconazole, aprépitant.*
- *Recherche d'associations déconseillées (nombreuses car inducteur enzymatique puissant) : contraception hormonale (inactivation), clozapine, isoniazide, lithium, macrolides, inhibiteurs des tyrosines kinases, praziquantel, tramadol, bocéprévir, bosentan, dabigatran, dronédarone.*
- *Recherche d'associations à prendre en compte (inducteur) : acétazolamide, acide valproïque, imipraminiques, sérotoninergiques, AVK, barbituriques, ciclosporine, clonazépam, danazol, desmopressine (risque d'hyponatrémie), digoxine, éthosuximide, felbamate, felodipine, halopéridol, itraconazole, phénytoïne, procarbazine, quinidiniques, tacrolimus, théophylline, vérapamil. Contrôler systématiquement les associations.*

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Carbamazépine 200 mg (cp sécables) : débuter à 200 mg/j en 2 prises puis, si nécessaire, augmenter par paliers de 100 mg/j tous les 5 jours jusqu'à 15 mg/kg/j au maximum, sans dépasser 2 000 mg/j.

NB :
– l'efficacité, dans 80 % des cas, constitue un test diagnostique mais 5 à 10 % des malades ne tolèrent pas ce médicament ;
– si les périodes douloureuses sont espacées, l'interruption du traitement peut être envisagée.

Règles hygiénodiététiques

Comme dans toutes les céphalées primaires : régularité dans les repas et le sommeil, exercice physique régulier, limiter les stress, éviter le surdosage médicamenteux, rechercher les facteurs déclenchants (alimentaires, alcool, *etc.*), favoriser la relaxation, le yoga voire l'hypnose.

Situations particulières

- *Toute atypie sémiologique* (douleur moins intense, douleur dans le territoire du V1, persistance d'un fond douloureux entre les accès, anomalies à l'examen clinique : hypoesthésie, V3 moteur, atteinte d'autres nerfs crâniens) impose des examens complémentaires à la recherche d'une pathologie sous-jacente.
- Dans les formes résistantes à la **carbamazépine**, discussion :
– soit **baclofène 10 mg** : 5 mg matin et soir, posologie à augmenter par paliers de quelques jours jusqu'à 20 mg 3 fois/j ;

Situations particulières (suite)

– soit **gabapentine 300 mg** :
  • 300 mg le 1er jour le soir,
  • 300 mg 2 fois/j le 2e jour,
  • 300 mg 3 fois/j ensuite, voire 4 fois/j.

• Dans les formes rebelles invalidantes, deux interventions chirurgicales peuvent être envisagées :
– l'**électrocoagulation** du ganglion de Gasser traite les douleurs de façon radicale avec des récidives possibles, mais l'opération peut être renouvelée ;
– une **intervention neurochirurgicale** pour lever un conflit vasculo-nerveux.

SURVEILLANCE

Clinique et biologique (hémogramme, bilan hépatique, natrémie) pour s'assurer de la tolérance de la carbamazépine :
– somnolence, vertiges, ataxie, diplopie, céphalées, confusion → réduction des doses ;
– baisse des lignées sanguines, hépatite, éruptions cutanées, hyponatrémie → arrêt de cette molécule.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

O

Obésité non compliquée de l'adulte

RAPPELS

Accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle résultant d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, l'obésité favorise la survenue d'affections diverses en particulier le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le syndrome d'apnée du sommeil et l'arthrose. En outre, elle est associée à un risque accru de certains cancers et il faut souligner le retentissement psychologique et social de la maladie.

Diagnostic Il nécessite le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC en kg/m²), méthode simple pour estimer la masse grasse d'un individu. Selon la classification de l'OMS, on parle de surpoids si IMC > 25, d'obésité si IMC > 30 et d'obésité sévère si IMC > 35. Chez l'enfant, il faut se référer aux courbes de croissance présentes dans les carnets de santé.

Objectif thérapeutique Réduction progressive du poids et des risques correspondants tout en maintenant un équilibre psychologique et une qualité de vie satisfaisants.

• *Une prise en charge globale et personnalisée des patients est nécessaire car il n'y a pas de traitement standard ou de « recette miracle ». Il faut adapter une stratégie thérapeutique par étapes à la situation individuelle en soulignant qu'en raison des effets délétères de cures d'amaigrissement répétées (phénomène du yo-yo), elle doit être très rigoureuse.*

PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche d'éventuels médicaments ayant pu favoriser la prise de poids : antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, benzodiazépines, corticoïdes.*

• *Recherche d'une éventuelle pathologie sous-jacente ou associée : hypothyroïdie, diabète, dyslipidémie, hypertension, état dépressif voire troubles psychiatriques (en particulier boulimie).*

• *Nécessité d'une enquête nutritionnelle approfondie, quantitative et qualitative, sur les habitudes alimentaires (horaires, modalités, etc.) et la consommation d'alcool.*

• *Nécessité d'une analyse du mode de vie : activités et horaires professionnels, sédentarité, activités physiques, temps passé devant la télévision ou des écrans informatiques.*

• *Recherche de contre-indications à l'orlistat : cholestase, malabsorption, grossesse, allaitement.*

• *Recherche avec l'orlistat d'associations déconseillées : acarbose, ciclosporine ou à utiliser avec précautions (malabsorption) : AVK, pravastatine, biguanides, contraceptifs oraux.*

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Dans un premier temps,* une restriction calorique, une activité physique accrue et un soutien personnalisé doivent être mis en place :

– une **restriction calorique équilibrée,** modérée et très prolongée consiste en une diminution de 600 kcal/j par rapport à la ration habituelle. Elle permet de réduire le poids d'environ 5 à 10 % en un an, ce qui semble médicalement raisonnable pour éviter une reprise pondérale rapide (phénomène néfaste du « yo-yo ») ;

– l'association d'une **activité physique** à un régime est plus efficace que chacun des éléments pris séparément et elle favorise le maintien de la perte de poids à long terme. Elle n'est pas forcément sportive mais il est nécessaire qu'elle soit régulière, idéalement quotidienne (30 min de marche, natation, vélo, etc.) et prolongée.

– un **support psychologique** prolongé, collectif (type Weight-Watchers) ou individuel (médecin, diététicien) favorise un meilleur taux de succès. Un soutien de type thérapie comportementale améliore également l'efficacité des mesures diététiques. Des thérapies familiales avec le conjoint sont également proposées.

• *Dans un deuxième temps,* en particulier si le régime a permis une perte de poids initiale mais qu'une stagnation est observée, adjonction d'un traitement pharmacologique : **orlistat 120 mg,** 1 gél. 3 fois/j au cours des repas pendant 3 mois. À cette date, le traitement sera interrompu si le patient n'a pas perdu au moins 5 % du poids initial. Supprimer la prise si un repas n'est pas pris.

Situations particulières

En cas d'obésité sévère et rebelle, surtout s'il y a des complications métaboliques, une **chirurgie bariatrique** peut être envisagée : soit

Situations particulières (suite)

anneau gastrique qui réduit la prise de nourriture, soit gastroplastie qui réduit la taille de l'estomac.

SURVEILLANCE

- Un contrôle régulier de l'adhésion aux prescriptions diététiques et d'hygiène est indispensable en s'assurant de la tolérance psychique de ces contraintes (risque de réaction dépressive).
- En cas de prise d'**orlistat**, s'assurer de la tolérance au traitement : gaz digestifs, selles abondantes et grasses, incontinence.
- D'une façon plus générale, il faut souligner qu'un amaigrissement ne se fait pas uniquement aux dépens des réserves de masse adipeuse mais entraîne également une perte de masse maigre, notamment musculaire et osseuse, quel que soit le niveau d'apport protéique, ce qui signifie que des régimes amaigrissants répétés sont délétères pour le capital osseux avec un risque accru d'ostéoporose. Par ailleurs, une reprise de poids concerne 80 % des sujets après un an et sur le plan psychologique, la dépression et la perte de l'estime de soi sont des conséquences fréquentes des échecs à répétition des régimes amaigrissants.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

Ostéomalacie

RAPPELS

Ostéopathie fragilisante, caractérisée par un défaut de minéralisation de la matrice osseuse ostéoïde. Il existe de nombreuses causes au processus ostéomalacique : une carence calcique ou vitaminocalcique (carence d'apport en calcium, défaut d'absorption intestinale du calcium, carence en vitamine D, catabolisme exagéré de la vitamine D, défaut de synthèse de la 1-25 di-hydroxy-vitamine D, ou résistance à la 1-25 di-hydroxy-vitamine D). Un deuxième grand groupe d'ostéomalacies est lié à un déficit en phosphore conduisant à une hypophosphatémie, soit par carence d'apport, soit le plus souvent par perte rénale excessive. Enfin, l'hypophosphatasie, les sels d'aluminium et un excès de fluor peuvent être responsables d'un trouble de la minéralisation du squelette.

Diagnostic Les symptômes sont peu spécifiques : fatigue musculaire, douleurs osseuses diffuses touchant préférentiellement le bassin, douleurs rachidiennes, troubles de la marche (démarche dandinante), voire fracture vertébrale ou déformation osseuse par fissure. Le diagnostic est fait par les dosages de la calcémie et de la phosphorémie qui sont abaissés et le dosage de la 25 hydroxy-vitamine D qui est effondré (inférieur à 10 ng/mL). Les radiographies montrent des signes évocateurs : trame osseuse claire, avec notamment au niveau du bassin un aspect « flou » des sacro-iliaques, fissures et déformations osseuses dite « stries de Looser-Milkmann », fractures vertébrales, déformations des os longs.

Objectif thérapeutique (N'est envisagée que l'ostéomalacie carentielle en vitamine D mais il faut bien évidemment, face à une ostéomalacie, envisager toutes les hypothèses étiologiques ci-avant avant de traiter.) Obtenir des taux normaux de 25 hydroxy-vitamine D, de l'ordre de 30, au mieux 50 ng/mL, pour voir ensuite se corriger l'hypocalcémie et l'hypophosphatémie puis, secondairement, le taux de parathormone et les phosphatases alcalines.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Éliminer toutes les autres causes d'ostéomalacie* : il est indispensable de réaliser un bilan exhaustif du métabolisme phosphocalcique.
- *S'assurer de l'absence de traitement augmentant le catabolisme de la vitamine D* (certains anticonvulsivants).
- *S'assurer de l'absence de malabsorption digestive.*

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Cholécalciférol :** 200 000 unités par voie orale, en une seule prise, à répéter 1 mois plus tard et 3 mois plus tard si nécessaire.
- **Calcium :** 1 g/j pendant 3 mois.

Règles hygiénodiététiques

- Assurer un apport quotidien suffisant en produits laitiers et en eau minérale riche en calcium (Vittel®, Hépar® : 550 mg/L ; Contrexéville® : 480 mg/L).
- Recommander une activité physique régulière.
- Conseiller une exposition solaire modérée mais régulière, concernant au moins le visage et les membres supérieurs.

Situations particulières

- *En cas de malabsorption*, la substitution doit s'effectuer par voie parentérale : **cholécalciférol**, 300 000 unités par voie intramusculaire tous les 6 à 12 mois.
- *En cas de vitaminorésistance* (ostéodystrophie rénale et hémodialyse, rachitisme vitaminorésistant, hypoparathyroïdie, *etc.*), utilisation de **25 hydroxy-cholécalciférol :** 10 à 20 gouttes à dose progressive (Utilisation possible de **1-25 hydroxy-cholécalciférol :** 0,5 à 2 µg/j avec contrôle de la calcémie tous les 3 mois en raison du risque accru d'hypercalcémie).
- *La prévention de la carence en vitamine D* chez les patients à risque (ensoleillement réduit, régime végétalien, malabsorption intestinale, insuffisance hépatique ou pancréatique, alcoolisme, *etc.*) doit se faire par l'apport de **cholécalciférol**, soit 400 à 1 000 unités chaque jour, soit 1 ampoule à 100 000 unités tous les 3 mois.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : la régression des symptômes cliniques est assez rapide, survenant dans le premier mois suivant le début du traitement. À 6 semaines, correction de la 25-OH vitamine D, de la calcémie et de la phosphorémie. Les signes radiologiques régressent dans les 3 à 6 mois qui suivent. Ultérieurement, la poursuite du traitement dépend de la cause sous-jacente et de sa correction.

• De la tolérance du traitement et de l'absence d'hypercalcémie (soif, déshydratation, anorexie, nausées, polyurie, etc.) : dosage de la calcémie et de la calciurie à 6 semaines de traitement et en cas de suspicion clinique.

NOTES PERSONNELLES



Ostéoporose

RAPPELS

Maladie diffuse du squelette caractérisée par une diminution de la résistance osseuse responsable d'un risque accru de fracture.

Diagnostic Maladie cliniquement muette jusqu'à la survenue d'une fracture, classiquement fracture à basse énergie, soit sévère ou majeure (fracture vertébrale ou de l'extrémité supérieure du fémur ou de l'extrémité supérieure de l'humérus ou fracture du bassin ou de l'extrémité distale du fémur ou proximale du tibia, fracture de 3 côtes simultanées), soit non sévère (autre fracture). Le diagnostic est effectué par ostéodensitométrie biphotonique à rayons X : un T-score inférieur à –2,5 sur un des trois sites de mesure (rachis lombaire, col fémoral, hanche totale), permet de retenir le diagnostic d'ostéoporose à la condition *sine qua non* d'avoir écarté les autres causes d'ostéopathie fragilisante (ostéomalacie, hyperparathyroïdie, myélome, etc.).

Objectif thérapeutique Réduire le risque de fracture. L'indication d'un traitement antiostéoporotique ne repose pas sur le diagnostic d'ostéoporose mais sur celui de l'estimation du risque de fracture à 5 et 10 ans. En effet, l'ostéoporose n'est pas le seul facteur de fracture, de nombreux autres facteurs intrinsèques ou extrinsèques étant connus. En pratique, s'il existe un antécédent de fracture sévère ou des facteurs de risque d'ostéoporose ou de chute et un T-score < –3, il y a alors indication thérapeutique systématique. S'il existe des antécédents de fracture non sévère ou des facteurs de risque d'ostéoporose

ou de chute et un T-score > −3, il est recommandé d'utiliser l'outil FRAX qui fournit une estimation du risque de fracture majeure à 10 ans en fonction de l'âge, et de prendre une décision thérapeutique en fonction du risque (avis spécialisé conseillé).

➠ *La prise en charge thérapeutique fait appel à la prévention des chutes, aux apports calciques et vitaminiques D en cas d'insuffisance d'apport et au traitement spécifique antiostéoporotique : bisphosphonates, dénosumab, tériparatide (remboursé en présence d'au moins deux fractures vertébrales), ou raloxifène pour les femmes à faible risque de fracture périphérique.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *S'assurer d'un apport calcique quotidien suffisant*, équivalent à 1 200 mg par jour de calcium.
- *S'assurer d'un apport vitaminique D suffisant* permettant d'obtenir un taux sérique recommandé de 25-hydroxy-vitamine D d'au moins 30 ng/mL.
- *Recherche d'un terrain à risque* : un bilan buccodentaire est nécessaire avant un traitement par bisphosphonates ou dénosumab, pour réduire le risque d'ostéonécrose du maxillaire inférieur.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Calcium 500 mg :** 1 cp/j.
- **Cholécalciférol :** 100 000 unités tous les 3 mois.
- **Acide alendronique :** 70 mg en **une seule prise une fois par semaine** à prendre en position debout ou assise, à jeun, avec un grand verre d'eau du robinet sans manger pendant les 30 minutes suivant la prise du comprimé, ni se recoucher. *Durée du traitement : 3 à 5 ans.*

Règles hygiénodiététiques

- Assurer un apport quotidien suffisant en produits laitiers et en eau minérale riche en calcium (Vittel®, Hépar® : 550 mg/L ; Contrexéville® : 480 mg/L).
- Prévenir les chutes en adaptant l'ergonomie du lieu de vie (suppression des tapis, etc.), en favorisant les programmes d'activité physique régulière, en adaptant la correction visuelle, en évitant les traitements responsables d'hypotension orthostatique et les hypnotiques.

Situations particulières

- *Voie d'administration* : le choix peut être fait d'un bisphosphonate injectable comme l'**acide zolédronique**, une perfusion intraveineuse de 5 mg, réalisée en 15 minutes au minimum et renouvelée de façon annuelle. En cas de fracture récente, il est recommandé de donner auparavant 1 dose de vitamine D : **cholécalciférol**, 100 000 unités *per os* et d'attendre au moins 2 semaines avant l'administration d'acide zolédronique.

Situations particulières (suite)

- *En deuxième intention :*
– **dénosumab :** une injection sous-cutanée de 60 mg tous les 6 mois. La correction préalable d'une éventuelle hypocalcémie est indispensable et un apport adéquat de calcium et de vitamine D est nécessaire.
– **tériparatide :** une injection sous-cutanée de 20 µg quotidienne pendant 24 mois au maximum (élévation transitoire de la calcémie). Ce traitement peut être prescrit en première intention si l'on constate d'emblée plusieurs fractures vertébrales (au moins deux).

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement :* recherche d'éventuels foyers fracturaires supplémentaires (toutes les fractures vertébrales ne sont pas symptomatiques). Contrôle de la taille du patient (toute perte de taille doit faire rechercher un nouvel épisode fracturaire vertébral), contrôle de la densitométrie osseuse après deux à trois ans de traitement. Contrôle des radiographies si doute clinique.
- *De la tolérance du traitement :* recherche de troubles digestifs (douleurs, régurgitations, dysphagie, ulcérations œsophagiennes – favorisées par la position couchée lors de la prise), de douleurs ostéomusculaires. Effectuer un bilan dentaire annuel.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

Otite externe

RAPPELS

Inflammation diffuse, d'origine bactérienne ou mycosique, du derme et de l'hypoderme du méat acoustique externe. De nombreux facteurs (climat chaud et humide, macération cutanée après la baignade → « otite du plongeur ») en favorisent le développement. Les bactéries fréquemment en cause sont *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* et *Pseudomonas aeruginosa*. Fréquente et bénigne chez l'adulte, elle peut être grave en cas de déficit immunitaire ou de diabète mal équilibré (otite externe maligne).

Diagnostic Clinique devant une douleur vive du canal auditif externe, d'apparition rapide, avec parfois un suintement et un œdème des parties molles. Pas d'atteinte de l'audition ni de symptômes généraux comme de la fièvre. La douleur, exacerbée par la mobilisation du pavillon, irradie dans les structures avoisinantes. L'examen otoscopique, souvent douloureux, montre une rougeur +/– un œdème. Le tympan est habituellement normal (parfois rougeur) même s'il est fréquemment recouvert de sécrétions. De petites adénopathies peuvent être présentes.

Objectif thérapeutique Soulager le patient, raccourcir l'évolution et éviter les complications infectieuses ou inflammatoires (chondrite hyperalgique).

- *Le traitement est essentiellement local, à base de gouttes antibiotiques associées à un médicament antalgique* per os *en fonction des*

douleurs. Un antibiotique per os est rarement nécessaire. Si l'évolution n'est pas favorable après quelques jours, il est utile d'effectuer un prélèvement bactériologique pour mieux cibler l'antibiotique à utiliser.

PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'une perforation tympanique associée* : prise en charge spécialisée et contre-indication des aminosides.
- *Éliminer une infection virale* : varicelle, herpès → contre-indication des corticoïdes.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- *Gouttes auriculaires associant* **polymyxine B + néomycine + fluocinolone :** 3 gouttes 2 fois/j pendant 5 à 7 jours. Le flacon de 10 mL doit être préalablement tiédi dans la paume de la main pour éviter une douleur induite par un contact froid.
- **Paracétamol :** 1 gramme toutes les 6 heures en cas de douleurs. Ne pas dépasser 4 grammes/j.

Règles hygiénodiététiques

Éviter les bains pendant quelques jours pour ne pas favoriser la macération.

Situations particulières

- *L'otite externe causée par des champignons, aspergillus ou candida (otomycose) nécessite une prise en charge spécifique :*
  - nettoyage du conduit, souvent répété, et examen bactérien et mycologique ;
  - gouttes auriculaires associant **oxytétracycline + polymyxine B + dexaméthasone + nystatine :** 5 gouttes 2 fois/j pendant 15 jours. Le flacon de 10 mL doit être préalablement tiédi dans la paume de la main pour éviter une douleur induite par un contact froid.
- *Un eczéma surinfecté du conduit auditif* externe doit être traité comme une otite externe en évitant toute irritation locale (grattage, coton-tige, etc.).
- *Un furoncle du conduit auditif externe (otite externe localisée)* relève également d'un traitement d'otite externe en évitant tout grattage.

SURVEILLANCE

Habituellement, l'évolution est rapidement favorable mais chez les patients diabétiques ou immunodéprimés, des contrôles réguliers sont nécessaires pour s'assurer de la guérison complète de l'otite (risque accru d'otite externe nécrosante grave).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Otite moyenne aiguë

RAPPELS

Inflammation aiguë d'origine infectieuse de la muqueuse de l'oreille moyenne. La contamination provient du rhinopharynx et des cavités nasales par la trompe d'Eustache, souvent dans les suites d'une rhinopharyngite. Fréquemment rencontrée chez l'enfant (incidence maximale entre 6 et 24 mois) et moins fréquente chez l'adulte, l'otite moyenne aiguë (OMA) a le même tableau clinique mais des formes torpides peuvent se rencontrer chez le vieillard ou le diabétique. Deux germes prédominent, le pneumocoque et *Haemophilus influenzae*. D'autres germes sont rencontrés *(Staphylococcus aureus, Moraxella catarrhalis, etc.)*.

Diagnostic Devant une otalgie avec chez le nourrisson avec pleurs, irritabilité, insomnie. L'examen otoscopique révèle un aspect congestif (tympan rosé ou rouge vif, avec conservation des reliefs du marteau) ou collecté (tympan rouge violacé, bombant, avec disparition des reliefs ± perforation tympanique). Ne pas oublier d'examiner l'autre oreille (la bilatéralité est fréquente), le nez et le pharynx. Il faut distinguer :

- *l'otite aiguë purulente* qui comporte hypoacousie, fièvre et épanchement rétrotympanique ;
- *l'otite aiguë congestive*, souvent d'origine virale et post-rhinopharyngite ;
- *l'otite séromuqueuse* avec épanchement rétrotympanique mais sans inflammation marquée.

Il convient d'éliminer une otite externe, un zona auriculaire au début, une otalgie réflexe (chez l'adulte : origine pharyngée, dentaire ou articulaire).

Objectif thérapeutique Soulager le patient et éviter les complications.

➡ *L'attitude thérapeutique est dictée essentiellement par l'aspect congestif ou collecté.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une perforation tympanique* qui contre-indique les gouttes auriculaires antalgiques et corticoïdes.
- *Rechercher une allergie aux pénicillines.*

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement curatif

• *L'OMA congestive au stade catarrhal* justifie d'un traitement simple pendant quelques jours, sous surveillance clinique et otoscopique :
– lavage des fosses nasales avec **sérum physiologique stérile à 0,9 %**, 2 à 3 fois/j ;
– antalgique/antipyrétique durant quelques jours, **paracétamol** :
  - chez l'adulte : 1 g 2 à 3 fois/j (ne pas dépasser 4 g/j),
  - chez l'enfant : 15 mg/kg/prise, espacées de 6 heures ;
– instillations auriculaires, surtout à visée antalgique et décongestionnante : **lidocaïne + phénazone**, 4 gouttes tiédies 2 à 3 fois/j (flacon à réchauffer dans la main durant quelques minutes avant administration) ;
– les antibiotiques locaux sont inutiles.

• *L'OMA purulente chez l'enfant* nécessite de discuter une antibiothérapie générale et/ou une paracentèse. À ce stade, AINS, corticoïdes, antibiotiques locaux auriculaires n'ont pas d'indication (contre-indiqués en cas de tympan ouvert) :
– schématiquement, deux indications de la **paracentèse** sont retenues : le nourrisson < 3 mois hyperalgique lorsque le tympan est fortement bombé et la nécessité de documentation des échecs thérapeutiques (identification bactérienne et étude de sensibilité) ;
– l'antibiothérapie (Tableau 1) :
  - chez l'enfant < 2 ans, elle est recommandée d'emblée,
  - chez l'enfant > 2 ans : *si la symptomatologie est peu bruyante*, l'abstention d'antibiotique est recommandée en première intention avec une réévaluation à 48-72 h ; en l'absence d'amélioration ou en cas d'aggravation, une antibiothérapie doit être instituée ; par contre, *si la symptomatologie est bruyante* (fièvre élevée, otalgie intense) *ou s'il existe des difficultés de compréhension ou de surveillance*, une antibiothérapie peut être prescrite d'emblée.

Ordonnance de traitement curatif (suite)

L'OMA purulente est traitée de façon probabiliste en ciblant le pneumocoque et *Haemophilus influenzae*. L'immense majorité des souches de pneumocoques reste sensible à l'amoxicilline mais beaucoup moins souvent aux céphalosporines orales et aux macrolides. L'amoxicilline est active sur plus de 80 % des *H. influenzae* : **amoxicilline**, 100 mg/kg/j en 2 à 3 prises quotidiennes, à privilégier en première intention. Si le temps entre les 3 prises quotidiennes ne peut être équidistant (environ 8 h), il est préférable d'administrer le produit en 2 prises. La durée de l'antibiothérapie est de 8 à 10 jours chez l'enfant < 2 ans et de 5 jours chez l'enfant > 2 ans.

Les autres antibiotiques ont un rapport bénéfice/risque moins favorable. Ils exposent soit à une efficacité moindre (cefpodoxime, érythromycine-sulfafurazole, cotrimoxazole), soit à des effets indésirables accrus (amoxicilline-acide clavulanique, cefpodoxime, érythromycine-sulfafurazole, cotrimoxazole). Ils seront réservés aux cas d'allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines (cefpodoxime), en cas de contre-indication aux bêtalactamines (érythromycine, triméthroprime-sulfaméthoxazole). Le recours à la ceftriaxone en une seule injection IM en première intention doit rester exceptionnel.

- *L'OMA purulente chez l'adulte* est rare et nécessite un diagnostic de certitude. La prescription d'une antibiothérapie pour toute autre otite ou lorsque les tympans n'ont pas été vus doit être proscrite. L'amoxicilline est aussi utilisée en première intention : **amoxicilline**, 20 mg/kg/j en 2 ou 3 prises. En l'absence de données et par analogie avec le traitement de l'OMA purulente chez l'enfant > 2 ans, la durée de traitement recommandée est de 5 jours.

Ordonnance de traitement préventif

Vaccin antipneumococcique conjugué (13 valences) recommandé pour tous les nourrissons (6 à 12 mois) : 2 injections IM à un mois d'intervalle, rappel 1 an plus tard.

Situations particulières

- *En cas d'échec thérapeutique*, l'association **amoxicilline-acide clavulanique** est privilégiée :
  - chez l'enfant : 80 mg/kg/j en 3 prises ;
  - chez l'adulte : 1 g 3 fois/j. Un second échec implique un avis ORL pour juger de l'opportunité d'une paracentèse avec examen bactériologique.
- *Chez l'adulte, en cas d'allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines*, les céphalosporines orales, cefpodoxime ou céfuroxime-axétil ou céfotiam sont utilisées. En cas de contre-indication aux bêtalactamines (pénicillines et céphalosporines), pristinamycine ou triméthroprime-sulfaméthoxazole ou lévofloxacine sont utilisées.

SURVEILLANCE

Les complications sont rares actuellement. La paralysie faciale est la complication la plus fréquente de l'OMA chez l'adulte avec une fréquence de 5/1 000. La méningite a une fréquence de 1/10 000.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

Tableau 1 – Antibiothérapie des OMA purulentes. S : Sulfaméthoxazole ; T : Triméthoprime. NB : pristinamycine, sulfaméthoxazole-triméthoprime et lévofloxacine sont recommandés sur la base d'arguments microbiologiques.

Antibiotiques		Posologies	Durée de traitement
Bêta-lactamines	**Amoxicilline (1re intention)**	A : 3 g/j en 3 prises E : 50-100 mg/kg/j en 2 ou 3 prises	≤ 2 ans : 10 j ; > 2 ans : 5 j 5 j
	Céphalosporine C2G : céfuroxime	A : 500 mg/j en 2 prises	5 j
	Céphalosporine C3G : céfotiam	A : 400 mg/j en 2 prises	5 j
	Céphalosporine C3G : cefpodoxime	A : 400 mg/j en 2 prises E : 8 mg/kg/j en 2 prises	5 j 5 j
Sulfaméthoxazole-triméthoprime		A : S-1 600 mg/j / T-320 mg/j en 2 prises E : S-30 mg/kg/j / T-6 mg/kg/j en 2 prises	≤ 2 ans : 10 j ; > 2 ans : 5 j 5 j
Pristinamycine		A : 2 g/j en 2 prises	5 j
Lévofloxacine		A : 500 mg/j en 1 prise	5 j

O

Oxyurose

RAPPELS

Infestation à *Enterobius vermicularis*, ver rond (nématode) intestinal cosmopolite, fréquent chez les enfants en collectivité et leur entourage. La contamination interhumaine se fait par ingestion des œufs émis dans le milieu extérieur. Les vers adultes vivent dans le caecum d'où la femelle migre et pond au niveau de la marge anale, favorisant une auto-infestation liée au grattage.

Diagnostic Suspecté cliniquement sur un prurit anal, surtout nocturne (± troubles du sommeil chez l'enfant) et/ou une vulvovaginite de la petite fille. Souvent, le portage est asymptomatique. Les vers de 5 à 10 mm sont visibles à l'œil nu au niveau de la marge anale. La recherche des œufs réalisée le matin avant toute toilette locale permet une identification facile. Le « scotch test » permet de visualiser les œufs au microscope. Une hyperéosinophilie modérée peut être constatée.

Objectif thérapeutique Éradication du parasite, prévenir la réinfestation et éviter la transmission à l'entourage.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications* : albendazole et flubendazole si grossesse ou allaitement (cf. « Situations particulières »).

- *Recherche de terrains à risque qu'il faudra traiter ou contrôler :*
- albendazole : insuffisance rénale, insuffisance hépatique ;
- flubendazole : le produit contient du saccharose.

• *Recherche d'associations déconseillées :* la cimétidine, la dexaméthasone et le praziquantel peuvent augmenter les taux plasmatiques d'albendazole. Les inducteurs enzymatiques (anticonvulsivants, rifampicine) peuvent entraîner une diminution importante des concentrations des médicaments antiparasitaires.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Albendazole 400 mg :** une prise unique de 1 cp pendant un repas, à renouveler après 15 jours.

[Chez l'enfant > 2 ans : 1 flacon complet de 10 mL de suspension buvable à 4 % (400 mg), en prise unique, à renouveler après 15 jours ; avant 2 ans, ½ flacon (soit 200 mg), à renouveler.]

ou

• **Flubendazole 100 mg :** une prise de 1 cp, à renouveler après 15 jours.

[Chez l'enfant : une cuillère-mesure de suspension buvable à 2 % (100 mg/mesure), à renouveler après 15 jours.]

Règles hygiénodiététiques

• Hygiène rigoureuse : toilette quotidienne de la région anale, brossage des ongles plusieurs fois par jour, lavage des mains. Chez l'enfant, couper les ongles très court.

• Changer régulièrement de sous-vêtements et de vêtements de nuit.

• **Traiter tous les membres de la famille en même temps** car il est fréquent que l'infestation soit asymptomatique.

Situations particulières

Chez la femme enceinte, l'albendazole et le flubendazole sont contre-indiqués au 1er trimestre. Préférer dans cette situation : **Pyrantel 125 mg,** 10 à 12 mg/kg (habituellement 6 comprimés en une seule prise pour les adultes de moins de 75 kg et 8 comprimés si poids > 75 kg), cure à renouveler après 15 jours.

SURVEILLANCE

• De la tolérance du traitement : troubles digestifs transitoires, rashs cutanés.

• De l'efficacité du traitement : disparition de la symptomatologie et négativation du scotch-test à 3 mois.

• Du respect des règles d'hygiène.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Paget (maladie osseuse de)

RAPPELS

Dystrophie osseuse focalisée liée à une stimulation anarchique du remodelage osseux, pouvant toucher un ou plusieurs os.

Diagnostic Longtemps asymptomatique, la maladie peut se manifester par un aspect déformé d'un os et/ou des douleurs osseuses, plus rarement par des complications neurologiques, articulaires (arthropathie pagétique), voire fracturaires. La dégénérescence sarcomateuse, bien que rare, est toujours à redouter. L'aspect radiologique (bassin, crâne, os longs, rachis) est évocateur : hypertrophie osseuse, ostéocondensation fibrogéodique, épaississement des corticales. Biologiquement : élévation des phosphatases alcalines traduisant l'activité ostéoblastique.

Objectif thérapeutique Réduire les symptômes cliniques, éviter l'aggravation et les complications, et normaliser le plus possible le taux de phosphatases alcalines osseuses.

➡ *Il ne faut traiter que les patients, soit symptomatiques, soit ayant une localisation à risque de complication (crâne, rachis, os longs des membres inférieurs et territoires proches d'une grosse articulation) ou soit ayant un haut niveau d'activité biologique (taux de phosphatases alcalines osseuses très élevé). Le traitement est basé sur la prise de bisphosphonates soit per os soit par voie intraveineuse.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'un terrain à risque* : un bilan buccodentaire est nécessaire avant un traitement par bisphosphonates, pour réduire le risque d'ostéonécrose du maxillaire inférieur.
- *Recherche de contre-indications aux biphosphonates* : hypocalcémie, insuffisance rénale sévère (Cl créatinine < 35 mL/min), grossesse, calcitonine.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

1re ordonnance

- **Acide résidronique :** 30 mg en une seule prise 1 fois/j pendant 2 mois. Le comprimé doit être pris **en position debout ou assise, à jeun,** avec un grand verre d'eau du robinet sans manger pendant les 30 minutes suivant la prise du comprimé, ni se recoucher.
- **Paracétamol :** 1 g matin, midi et soir (ne pas dépasser 4 g par jour) durant les périodes douloureuses.

2e ordonnance

- **Acide zolédronique :** une perfusion intraveineuse de 5 mg, réalisée en 15 minutes au minimum chez un patient correctement hydraté avant la perfusion.
- **Paracétamol :** 1 g per os 30 min avant le début de la perfusion.
- **Calcium 500 mg :** 1 cp matin et soir pendant 10 jours après la perfusion.

Le renouvellement du traitement par un biphosphonate est réservé aux patients en rechute après 12 à 18 mois.

Situations particulières

- *La calcitonine n'a plus de place thérapeutique dans la maladie de Paget* mais son usage constitue une contre-indication formelle aux bisphosphonates (risque d'hypocalcémie majeure).
- *Le recours à la chirurgie peut être nécessaire* en cas de fissure ou de fracture osseuse, ou en cas d'arthropathie pagétique nécessitant une arthroplastie.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement :* amélioration des symptômes cliniques après quelques semaines ; la normalisation des phosphatases alcalines osseuses est un objectif thérapeutique atteignable chez 70 à 80 % des patients. Il faut au minimum obtenir une baisse de 30 % du taux de phosphatases alcalines osseuses.

• *De la tolérance du traitement :* recherche de troubles digestifs (douleurs, régurgitations, dysphagie, ulcérations œsophagiennes – favorisées par la position couchée lors de la prise), de douleurs ostéomusculaires. Effectuer un bilan dentaire annuel.

• Un retraitement est indiqué en fonction de la symptomatologie clinique et/ou de la réascension du taux de phosphatases alcalines de plus de 30 % et/ou de la progression radiographique.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Pancréatite chronique

RAPPELS

Fibrose pancréatique progressive avec perte du parenchyme exocrine puis endocrine et lésions des canaux excréteurs aboutissant à une pancréatite chronique calcifiante, une pancréatite obstructive ou une fibrose diffuse. Essentiellement liée à l'alcoolisme chronique, il existe par ailleurs quelques causes rares : hyperparathyroïdie, radiothérapie abdominale et génétiques (mucoviscidose, pancréatite chronique héréditaire).

Diagnostic clinique Devant une douleur épigastrique souvent transfixiante, irradiant dans le dos, et déclenchée par un repas riche en graisses et/ou en alcool. Les insuffisances pancréatiques exocrine et endocrine sont présentes chez un patient sur deux. La stéatorrhée apparaît lorsque le débit de lipase est effondré (< 10 %). Le diabète est une complication tardive et de traitement difficile car il y a perte simultanée d'insuline et de glucagon. Des calcifications sont présentes dans > 50 %. L'évolution est émaillée de nombreuses complications : poussées aiguës (50 %), pseudokystes (20 %), diabète (80 % après 15 ans d'évolution), maldigestion intestinale, sténoses cholédociennes ou duodénales, épanchements séreux par rupture de kyste ou fistule, hémorragies digestives.

Objectif thérapeutique Une poussée aiguë nécessite généralement une hospitalisation pour traitement de la douleur, des corrections hydroélectrolytiques et une surveillance des complications. En dehors

des poussées, correction des insuffisances pancréatiques endocrine et exocrine.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Les gélules gastrorésistantes d'extraits pancréatiques* ne doivent pas être mâchées mais il est recommandé de les ouvrir en cas de gastrectomie.

• *Le paracétamol est contre-indiqué* en cas d'hépatopathie sévère.

• *Recherche de pathologies liées au terrain éthylotabagique* : complications hépatiques et/ou neurologiques et/ou nutritionnelles de l'éthylisme chronique, cancer de l'œsophage ou ORL.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : attention particulière en cas de prise concomitante de paracétamol et d'inducteurs enzymatiques (risque accru d'hépatite).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Une assistance nutritive (entérale si possible, sinon parentérale) peut être indiquée en fonction de l'état de dénutrition.

• *En cas de stéatorrhée,* extraits pancréatiques gastrorésistants à prendre au milieu des trois repas à doses suffisantes + antalgique :
– **pancréatine 12 000 U :** 2 gél. au milieu des 3 repas avec un verre d'eau, posologie à augmenter si la stéatorrhée n'est pas contrôlée ;
– **paracétamol 1 g :** 1 cp à renouveler si nécessaire. Ne pas dépasser 3 g/j sans avis médical.

• *En cas de diabète,* un traitement insulinique est nécessaire ainsi qu'une éducation thérapeutique.

Règles hygiénodiététiques

• Au cours d'une poussée aiguë, un jeûne complet est indiqué.

• En dehors des poussées aiguës, on associe :
– la suppression totale et définitive des boissons alcoolisées (il n'y a pas de dose seuil minimale sans risque de poussée : parfois, un sirop médical comportant de l'alcool peut engendrer une crise) ;
– un régime normoprotéique et modérément hypolipidique ;
– un régime diabétique si nécessaire, adapté au poids.

Situations particulières

En cas de douleurs résistantes aux antalgiques de niveau I, possibilité de passer progressivement et avec surveillance de la tolérance aux **antalgiques de niveau II : tramadol LP 100 mg,** 1 cp 2 fois/j, dose qui peut être doublée si nécessaire ; voire aux **antalgiques de niveau III : morphine orale LP 10 mg,** 1 cp 2 fois/j, dose qui peut être augmentée si nécessaire.

SURVEILLANCE

• *Des effets indésirables* engendrés par les extraits pancréatiques : nausées, vomissements, diarrhée, constipation, douleurs abdominales et des réactions allergiques cutanées.

• *Du sevrage alcoolique* qui doit être total et définitif.

• En cas de *compressions d'organes de voisinage* (duodénum, voie biliaire), de *pseudokystes* non traitables par les méthodes non chirurgicales ou de *dilatation des voies pancréatiques* en amont d'une sténose provoquant des douleurs incontrôlables, un traitement chirurgical et/ou endoscopique est indiqué.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Parkinson (maladie de)

RAPPELS

Neurodégénérescence d'origine indéterminée affectant les neurones dopaminergiques localisés dans la substance noire à la base du cerveau. Débutant entre 60 et 75 ans, elle atteint environ 1 % de la population > 65 ans.

Diagnostic Clinique devant trois symptômes cardinaux dont l'installation est variable, souvent insidieuse et progressive :
– un tremblement de repos, asymétrique, touchant initialement une main ou plus rarement un membre inférieur ;
– une akinésie, dans la mimique du visage et dans les gestes de la vie quotidienne, responsable de troubles de la marche (petits pas) et de maladresses avec une micrographie qui peut être révélatrice ;
– une hypertonie extrapyramidale mise en évidence par le signe de la roue dentée.

Des modifications de la parole sont également évocatrices. Des manifestations d'anxiété ou de dépression sont fréquemment observées.

L'examen neurologique est normal par ailleurs.

Une bonne réponse au traitement constitue une confirmation diagnostique.

Seuls les cas difficiles justifient des examens d'imagerie (IRM pour éliminer d'autres diagnostics, scintigraphie cérébrale [DAT Scan] pour confirmer la perte dopaminergique).

Objectif thérapeutique En l'absence de traitement curatif, contrôler le plus longtemps possible les symptômes moteurs en restaurant la

transmission dopaminergique mais le résultat est moindre sur les autres symptômes et la progression de la dégénérescence n'est pas modifiée.

➠ *Deux catégories de médicaments sont utilisables : la L-Dopa et les agonistes dopaminergiques, qui peuvent être associés à des inhibiteurs de la dégradation enzymatique de la dopamine cérébrale (inhibiteurs de la monoamine oxydase de type B et inhibiteurs de la C-O-méthytransférase qui potentialisent les effets de la L-dopa). En phase avancée, une prise en charge spécialisée est nécessaire.*

➠ *La kinésithérapie est un complément thérapeutique essentiel.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de médicaments pouvant induire un syndrome parkinsonien* : essentiellement les neuroleptiques dont certains sont « cachés », anti-nauséeux (métoclopramide, métopimazine), sédatifs (alimémazine), inhibiteurs calciques, antidépresseurs sérotoninergiques.

• *Recherche de contre-indications* :
– ropinirole (contient du lactose, excipient à effet notoire) : insuffisance rénale (ClCr < 30 mL/min), insuffisance hépatique ;
– L-Dopa : infarctus myocardique récent, pathologie cardiovasculaire décompensée, psychose, glaucome à angle fermé, ulcère évolutif.

• *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées* :
– ropirinole : neuroleptiques, alcool, sédatifs ;
– L-Dopa : IMAO, neuroleptiques, papavérine, vitamine B6 (si lévodopa seule).

• *Recherche d'associations à prendre en compte* :
– ropirinole : substrats ou inhibiteurs du CYP 1A2, œstrogènes ;
– L-Dopa : baclofène, IMAO non sélectifs.

• *Identifier les terrains à risque* : troubles psychiatriques, affections cardiovasculaires sévères, hypotension orthostatique, état général médiocre.

PRESCRIPTIONS

Première ordonnance chez un sujet de 65-70 ans

• Agoniste dopaminergique en 3 prises au cours des repas → **ropirinole :**
– 0,25 mg 3 fois/j la 1re semaine ;
– 0,50 mg 3 fois/j la 2e semaine ;
– 0,75 mg 3 fois/j la 3e semaine ;
– 1 mg 3 fois/j la 4e semaine ;
– puis, par paliers de 0,5 mg/semaine, atteindre la dose optimale, variable selon les sujets, de 3 à 9 mg/j en moyenne (dose maximale : 24 mg/j).

Le suivi nécessite des consultations trimestrielles.

• *Dès que ce traitement s'avère insuffisant ou si des effets indésirables empêchent la progression posologique*, le traitement sera complété par de la L-Dopa en utilisant les doses minimales efficaces : **L-Dopa + benzérazide,** 62,5 mg/jour la 1re semaine puis augmenter par paliers de 62,5 mg chaque semaine jusqu'à la posologie optimale, de 4 fois 125 mg/jour à 3 fois 250 mg/jour.

• *Lorsque le ropirinole est administré en association à la lévodopa*, la posologie de cette dernière peut être réduite d'environ 20 %.

Kinésithérapie et règles hygiénodiététiques

• La **kinésithérapie** (hebdomadaire initialement) poursuit deux objectifs :
– solliciter les qualités du mouvement à travers des exercices actifs : amplitude, vitesse, coordination ;
– entraîner des thèmes fonctionnels spécifiques de la maladie : l'équilibre, le redressement, la respiration, l'adresse motrice, la locomotion.

Kinésithérapie et règles hygiénodiététiques (suite)

- L'**orthophonie** prend en charge la dysarthrie, les troubles de la déglutition et de l'écriture. Les prises en charge intensives, limitées dans le temps et renouvelées régulièrement (par cures) sont à privilégier.
- Une **prise en charge diététique** adaptée vise à :
  - détecter les insuffisances nutritionnelles et corriger les carences ;
  - prévenir la perte de poids et préserver la masse musculaire.

Situations particulières

À un stade plus évolué, après 5 à 10 ans d'évolution, lorsque des fluctuations d'efficacité du traitement (phénomène « on/off ») et des dyskinésies apparaissent, une prescription spécialisée est nécessaire, associant possiblement des **inhibiteurs de la catéchol-O-méthytransférase**.

SURVEILLANCE

- Pour détecter précocement les *effets indésirables des agonistes dopaminergiques* qui peuvent nécessiter une adaptation ou une modification thérapeutique : nausées, somnolence, hypotension orthostatique, confusion mentale, délire. Des troubles du comportement (jeu pathologique, troubles alimentaires, achats compulsifs, hypersexualité, etc.) peuvent affecter jusqu'à 15 % des patients. Une information sur ces troubles réversibles à la diminution ou à l'arrêt du traitement est nécessaire.
- *De l'efficacité du traitement* pour rechercher la posologie efficace la plus faible ou modifier la classe pharmacologique (IMAO sélectifs B, inhibiteurs de la catéchol-O-méthytransférase).
- Un sur-risque *de mélanome* (× 2 à 6) chez les patients parkinsoniens justifie une surveillance spécifique.

- Cette maladie, qui entraîne une dégradation progressive, physique et mentale sur une longue période, nécessite une prise en charge multidisciplinaire (médecins, psychologue, kinésithérapeute, orthophoniste, diététicien) indispensable au maintien prolongé de l'autonomie à domicile.

NOTES PERSONNELLES

NOTES PERSONNELLES

Péditulose du cuir chevelu

RAPPELS

Infestation fréquente due au parasite *Pediculus humanus capitis* ou pou de tête, affectant les enfants d'âge scolaire et les sujets en situation de précarité. Les poux se disséminent par contact de la chevelure d'un autre enfant ou lors d'échanges d'habits. *P. capitis* ne peut pas survivre longtemps hors du cuir chevelu (4 à 36 h).

Diagnostic Clinique devant un prurit du cuir chevelu, le plus souvent dans les zones rétroauriculaires et sur la nuque. Constatation de lésions croûteuses et de stries linéaires dues au grattage. Il peut s'y associer des adénopathies cervicales surtout en cas d'impétiginisation. Un examen minutieux sous un bon éclairage permet de visualiser des poux vivants mobiles et des lentes à la base des cheveux.

Objectif thérapeutique Éradiquer la parasitose et prévenir la transmission ; soulager le prurit et prévenir l'impétiginisation des lésions de grattage.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Ne doivent être traitées que les personnes chez qui la pédiculose a été diagnostiquée. L'entourage ne sera traité que s'il y a infestation.
- Les traitements préventifs notamment par shampooings ne doivent pas être utilisés. Ils ne sont pas efficaces et pourraient favoriser l'émergence de résistances.

• *Malathion* : ne pas utiliser les aérosols chez les asthmatiques. Ne pas utiliser les aérosols chez l'enfant < 30 mois ni la lotion chez l'enfant < 6 mois.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Lotion de malathion à 0,5 % : appliquer le soir 10 à 20 mL de lotion sur l'ensemble du cuir chevelu et laisser sécher. Le lendemain matin (après 12 heures d'application), laver les cheveux et peigner au peigne fin.
Répéter l'opération 7 à 10 jours plus tard. Compte tenu du cycle parasitaire et du fait que les produits sont imparfaitement lenticides, il est impératif de retraiter 7 à 10 jours après le premier traitement pour éradiquer les poux éclos dans l'intervalle.

Règles hygiénodiététiques

• **Décontamination** des vêtements (bonnets, *etc.*) et du linge de lit par à un lavage à 50 °C ou, en cas d'impossibilité, application d'un aérosol **(A-par®)**.

• **Examen des enfants proches** si possible, en particulier si prurit.

• L'éviction scolaire n'est pas systématique.

Situations particulières

En cas d'échec thérapeutique, c'est-à-dire de la persistance de poux vivants 2 jours après l'application du produit témoignant d'une résistance des poux au produit appliqué (sous réserve que les modalités d'application et la quantité de produit à appliquer aient été respectées), il est recommandé d'utiliser un traitement contenant un autre principe actif insecticide : **pyréthrine lotion ou crème**, appliquer sur la région atteinte puis laver et peigner après 10 minutes.
La persistance de l'infestation doit faire envisager une recontamination ou un traitement inadéquat.

NOTES PERSONNELLES

Péricardite aiguë

RAPPELS

Inflammation du péricarde potentiellement grave (risque de tamponnade, de constriction péricardique et/ou de récidive), le plus souvent idiopathique ou d'origine virale, survenant chez l'adulte jeune, lors de pics saisonniers. La survenue d'une tamponnade fait redouter une origine néoplasique ou hématologique.

Diagnostic Évoqué devant une douleur thoracique rétrosternale, irradiant dans le trapèze, variable avec la respiration et la mobilisation, ou d'une oppression thoracique avec dyspnée surtout dans un contexte de contage infectieux récent avec syndrome pseudogrippal (fébricule, myalgies, asthénie). Elle peut se présenter sous une forme « sèche » (hyperalgique avec frottement à l'auscultation cardiaque) ou « humide » (dyspnée avec épanchement). Un frottement péricardique et des signes ECG (tachycardie, sous-décalage du segment PQ, microvoltage, sus-ST concave et diffus) confortent le diagnostic. L'échocardiographie confirme l'épanchement péricardique parfois associé à un épanchement pleural (pleuropéricardite) et élimine un diagnostic différentiel (dissection aortique, cardiopathie pouvant évoquer une myocardite associée ou un syndrome de Dressler, etc.). L'IRM cardiaque est de plus en plus disponible et performante. Les examens biologiques montrent un syndrome inflammatoire (CRP, fibrinogène), éliminent une myocardite associée (élévation de la troponine I ou T) et recherchent une maladie systémique sous-jacente (autoanticorps, etc.).

Objectif thérapeutique Soulager les symptômes par un traitement anti-inflammatoire et antalgique, et réduire le risque de récidive.

➠ *Le traitement peut être ambulatoire en l'absence de signe de gravité et lorsque les douleurs sont contrôlées par les antalgiques de niveau 1. L'aspirine à forte dose associée à la colchicine est le traitement de première intention. Dans les formes récidivantes, plusieurs études ont montré l'intérêt de la colchicine au long cours, bien que celle-ci ne possède pas d'AMM dans cette indication.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une étiologie* relevant d'un traitement spécifique (infectieuse, auto-immune, myxœdème, insuffisance rénale, etc.) ou une *cause médicamenteuse* (méthyldopa, isoniazide, phénytoïne, cyclophosphamide, 5-FU, etc.).
- *Rechercher les contre-indications et les associations déconseillées avec l'aspirine à dose anti-inflammatoire* : hypersensibilité, ulcère digestif en évolution, insuffisance hépatique ou rénale, troubles de l'hémostase, déficit en G6PD, grossesse ; anticoagulants, lithium, méthotrexate, ticlopidine, probénécide.
- *Revoir les précautions d'emploi avec l'aspirine à dose anti-inflammatoire* : ne pas associer avec d'autre AINS, prescription concomitante d'un protecteur gastrique.
- *Rechercher les contre-indications et associations contre-indiquées avec la colchicine* : insuffisance rénale ou hépatique sévère, association avec les macrolides (sauf spiramycine) et la pristinamycine.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Aspirine :**
  - 1 g matin, midi et soir pendant les repas, durant 15 jours ;
  - puis 1 g matin et soir pendant 15 jours ;
  - puis 1 g/j pendant 15 jours.
- **Colchicine** 1 mg : ½ cp 2 fois/j (si poids < 70 kg : ½ cp une seule fois/j) pendant 3 mois.
- **Paracétamol :** 1 g 3 ou 4 fois/j (dose maximale).
- **Pantoprazole 20 mg :** 1 cp/j durant un mois.

Règles hygiénodiététiques

- **Le repos** avec arrêt des activités sportives durant 1 mois fait partie intégrante du traitement.
- Un arrêt de travail pour une durée de 3 semaines est habituelle.

Situations particulières

- *Dans les formes hyperalgiques*, le recours aux opioïdes forts peut être nécessaire sur une période courte de 3 à 5 jours. Sur ordonnance sécurisée avec identification du médecin : **sulfate de morphine à libération prolongée**, trente milligrammes matin et soir pendant trois jours puis dix milligrammes matin et soir pendant deux jours puis arrêter (la prescription doit être faite en toutes lettres).
- *En cas de formes récidivantes, de rechutes* ou dans un contexte clinique particulier, un bilan étiologique doit être réalisé pour ne pas méconnaître une cause « systémique » ou néoplasique. Puis l'asso-

Situations particulières (suite)

ciation aspirine/colchicine sera prolongée jusqu'à 6 mois. En cas d'échec, une corticothérapie sera discutée : **prednisone**, 0,25 à 0,50 mg/kg/j avec un protocole de décroissance très lente sur plusieurs mois.

• *En cas d'épanchement péricardique abondant*, un drainage est réalisé en cas de mauvaise tolérance hémodynamique (tamponnade) et/ou à visée diagnostique (cytologie, biochimie, bactériologie, biopsie péricardique).

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement :* bon contrôle antalgique, régression du syndrome inflammatoire (CRP) et des signes généraux. Consultation cardiologique et contrôle échographique à 4 semaines.

• *De la tolérance du traitement :* diarrhées, nausées et vomissements.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

Pityriasis versicolor

RAPPELS

Mycose cutanée superficielle due à la colonisation de la peau par une spore du genre *Malassezia*. Bénigne et fréquente, elle affecte les deux sexes, principalement les adolescents et les adultes jeunes, surtout dans un environnement chaud et humide. Elle est peu contagieuse mais son évolution est fréquemment marquée par des récidives.

Diagnostic Clinique devant des macules achromiques (principalement sur les peaux pigmentées) ou hyperchromiques, finement squameuses (signe du copeau), principalement situées au niveau du tronc et de la racine des membres. La couleur des plaques varie du jaune au brun avec un érythème discret. Tout le tégument peut être atteint avec un respect palmoplantaire.

Objectif thérapeutique Guérison clinique et éviter les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Recherche de contre-indications au kétoconazole : intolérance connue au produit, 1er trimestre de grossesse (passage systémique très faible mais agent tératogène).

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Kétoconazole 2 % gel récipient unidose 20 g :** appliquer sur toute la surface du corps, y compris le cuir chevelu (éviter le contact avec les yeux), faire mousser en insistant sur les zones atteintes, laisser agir 5 à 10 minutes puis rincer abondamment.
- Renouveler le traitement 2 à 3 fois à raison d'une fois par semaine.

Règles hygiénodiététiques

- Porter des sous-vêtements en coton.
- Éviter les saunas et les hammams.

Situations particulières

- *En cas de forme résistante,* traiter le partenaire selon le même schéma pour éviter les recontaminations précoces.
- *En cas de rechutes fréquentes,* un traitement préventif peut être proposé avec une application de kétoconazole 2 % gel récipient unidose 20 g, une application 2 fois par an au printemps et à l'automne.

SURVEILLANCE

Si le traitement est correctement effectué, la guérison est acquise mais il faut prévenir le patient que la persistance de la dépigmentation ne signifie pas l'inefficacité du traitement. En effet, une repigmentation cutanée normale ne survient qu'après 2 à 3 mois, souvent accélérée par l'exposition solaire.

Pneumopathie aiguë communautaire de l'adulte

RAPPELS

Infection aiguë du parenchyme pulmonaire, acquise en milieu extrahospitalier, le plus souvent d'origine bactérienne. *Streptococcus pneumoniae* reste prédominant (> 30 %) ; les autres bactéries sont dites « atypiques », à développement intracellulaire : *Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae* et *Chlamydia psittaci, Legionella pneumophila. Staphylocoque aureus* et *Haemophilus influenzae* peuvent être en cause chez le sujet âgé ou dans les pneumopathies aiguës communautaires (PAC) post-grippales. Les virus représentent un peu plus de 10 % en ambulatoire. L'incidence des PAC est multipliée par 5 après 65 ans.

Diagnostic clinique Devant fièvre > 38 °C, dyspnée, toux, accélération des fréquences respiratoire et cardiaque et râles crépitants.

Une infection pneumococcique sera suspectée devant un début brutal, une fièvre élevée d'emblée, un retentissement général, des douleurs thoraciques et bien sûr si facteur de risque d'infection pneumococcique (splénectomie, VIH, hypogammaglobulinémie). Si une radiographie thoracique est réalisée, la constatation d'une pneumopathie systématisée est très évocatrice.

À l'opposé, les pneumopathies atypiques ont un début plus progressif, parfois dans un contexte épidémique. Les signes cliniques sont souvent moins marqués d'emblée. La présence de signes extrarespiratoires (digestifs, neurologiques) et l'atteinte pulmonaire bilatérale sont évocatrices. L'échec éventuel d'un traitement par une β-lactamine doit également faire évoquer ce diagnostic.

Toutefois aucun signe clinique, radiologique ou biologique n'a de valeur discriminante suffisante pour identifier le germe en cause.

Objectif thérapeutique Soulager le patient, guérir l'infection et prévenir les complications.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Déterminer si la PAC peut être traitée en ambulatoire ou si des signes de gravité doivent conduire à une hospitalisation d'emblée.* Le score CRB 65 comporte 4 items, facilement applicables. La présence d'un critère justifie une hospitalisation.

Tableau 1 – **Score CRB 65. « C » pour « confusion », « R » pour « respiratoire », « B » pour « blood pressure » et « 65 » pour « 65 ans ».**

Critères du score CRB 65		Conduite à tenir
C	Confusion	0 critère : traitement ambulatoire possible ≥ 1 critère : évaluation à l'hôpital
R	Fréquence respiratoire ≥ 30/min	
B	TA systolique < 90 mmHg	
	ou TA diastolique ≤ 60 mmHg	
65	Âge* ≥ 65 ans	

*** Pour les patients sans comorbidité, prendre en compte l'âge physiologique.**

• *Des situations particulières* doivent également conduire à une hospitalisation ou à une réévaluation dans les 24-48 h pour décider du maintien à domicile ou d'une hospitalisation :
– complication de la pneumonie (pleurésie/abcédation, etc.) ;
– contexte socioéconomique défavorable ;
– inobservance thérapeutique prévisible ou isolement, en particulier chez les personnes âgées.

• *Une défaillance d'organe sous-jacente* (insuffisance cardiaque, respiratoire chronique, rénale, cirrhose hépatique), une immunodépression, un diabète, un alcoolisme chronique justifient une surveillance rapprochée.

• *Rechercher une allergie aux antibiotiques ou une association contre-indiquée. Macrolides :* carbamazépine, colchicine, théophylline, midazolam, bromocriptine, tacrolimus, disopyramide.

PRESCRIPTIONS

Le traitement d'une PAC doit être instauré dès le diagnostic porté. Il est probabiliste en priorisant *Streptococcus pneumoniae* en raison de sa fréquence et de sa gravité. La voie orale doit être privilégiée. Les tableaux 2 et 3 proposent la stratégie initiale avec réévaluation au bout de 48 h.
Il n'y a pas d'indication d'AINS ou de corticoïdes dans le traitement d'une PAC.

Tableau 2 – **Traitement antibiotique des PAC sans signe de gravité, en ambulatoire.**

Diagnostic	**Premier choix** Privilégier le traitement efficace sur *S. pneumoniae*	Échec à 48 h
Sujet présumé sain, sans signe de gravité		
Suspicion de pneumocoque (début brutal)	Amoxicilline	Macrolide ou FQAP (lévofloxacine) ou pristinamycine **Hospitalisation si 2ᵉ échec**
Suspicion de bactéries « atypiques »	Macrolide	Amoxicilline ou FQAP (lévofloxacine) ou pristinamycine **Hospitalisation si 2ᵉ échec**
Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques »	Amoxicilline ou pristinamycine	FQAP (lévofloxacine) ou pristinamycine **Hospitalisation si 2ᵉ échec**
Sujet avec comorbidité(s) ou sujet âgé	Amoxicilline-acide clavulanique ou lévofloxacine ou ceftriaxone	**Hospitalisation**

FQAP : fluoroquinolone antipneumococcique.

Diagnostic	Premier choix Privilégier le traitement efficace sur *S. pneumoniae*	Échec à 48 h
PAC post-grippal	Amoxicilline-acide clavulanique ou pristinamycine	**Hospitalisation**

Ordonnance en cas de suspicion de pneumocoque

- **Amoxicilline :** 50 mg/kg/j en 3 prises quotidiennes, à privilégier en première intention. La durée du traitement antibiotique doit être de 10 jours.
- **Paracétamol :** 1 g 2 à 3 fois/j (ne pas dépasser 4 g/j) pendant quelques jours.

Ordonnance en cas de suspicion de bactéries « atypiques »

Roxithromycine : 1 cp à 150 mg 2 fois/j 15 min avant les repas durant 10 jours.

Tableau 3 – **Posologie des antibiotiques pour le traitement ambulatoire des PAC.**

Classe antibiotique	Antibiotiques	Posologie
β-lactamines	Amoxicilline PO	1 g 3 fois/j 50 mg/kg/j si poids > 80 kg
	Amoxicilline-acide clavulanique PO	1 g 3 fois/j
	Ceftriaxone IV, IM ou SC	1 g/j (1 injection/j)

Tableau 3 (suite)

Classe antibiotique	Antibiotiques	Posologie
Macrolides	Érythromycine PO	1 g 3 fois/j
	Clarithromycine PO	500 mg 2 fois/j
	Josamycine PO	1 g 2 fois/j
	Roxithromycine PO	150 mg 2 fois/j
	Spiramycine PO	3 MUI 3 fois/j
Synergistine	Pristinamycine PO	3 g/j en 3 prises, au moment des repas
Fluoroquinolone antipneumo-coccique*	Lévofloxacine PO	500 mg 1 à 2 fois/j
	Moxifloxacine PO	400 mg 1 fois/j

* La moxifloxacine est à utiliser en dernière intention, en l'absence d'alternative car elle présente un risque d'allongement du QT supérieur à celui des autres fluoroquinolones.

SURVEILLANCE

Les PAC peuvent se compliquer d'une insuffisance respiratoire, d'un état de choc ou d'une pleurésie et *une réévaluation systématique est nécessaire à 48-72 h*. La persistance de la fièvre, une majoration de la dyspnée, une TAS < 90 mmHg, une fréquence respiratoire > 30/min, une fréquence cardiaque > 125/min, des troubles de conscience ainsi que la décompensation d'une pathologie sous-jacente imposent une hospitalisation en soins intensifs.

NOTES PERSONNELLES

P

Polyarthrite rhumatoïde

RAPPELS

Rhumatisme inflammatoire chronique auto-immun.

Diagnostic Tableau clinique de polyarthrite fixe, distale et symétrique, évoluant depuis plus de 6 semaines, touchant au début préférentiellement les articulations des mains et des pieds mais pouvant toucher toutes les articulations. La polyarthrite rhumatoïde (PR) s'accompagne d'un syndrome inflammatoire biologique. Présence de facteurs rhumatoïdes ou d'anticorps citrullinés (anti-CCP ou ACPA). Signes échographiques (précoces) ou radiographiques (plus tardifs) caractéristiques.

Objectif thérapeutique

- À court terme : traiter la douleur et obtenir une rémission clinique.
- À long terme : prévenir les lésions articulaires pour assurer le maintien des fonctions articulaires et la qualité de vie.

➡ *Les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) permettent de soulager la douleur. En cas d'insuffisance d'efficacité, il est possible de recourir aux corticoïdes, surtout à la phase initiale de la maladie avec pour but de les utiliser à la dose la plus faible possible et sur la durée la plus courte possible. La mise en route d'un traitement immunomodulateur, ou traitement de fond, est un objectif prioritaire devant intervenir le plus précocement possible dans la stratégie thérapeutique. Le traitement de fond de référence est le méthotrexate*

per os ou sous-cutané. La rémission clinique doit être obtenue le plus rapidement possible (dans les 3 à 6 mois au maximum), avec un DAS 28 (Disease Activity Score 28 articulations) inférieur à 2,6. Si le méthotrexate est insuffisamment efficace, il faut y associer une biothérapie (anti-TNF alpha, abatacept, tociluzimab, rituximab).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications* aux AINS, aux corticoïdes, au méthotrexate ou aux biothérapies, notamment pathologies infectieuses évolutives (virose, tuberculose, infections bactériennes), ulcères digestifs évolutifs, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.
- *Recherche d'un terrain à risque* : diabète, antécédent d'ulcère digestif, tuberculose latente, sujet non à jour de ses vaccinations.
- *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées :*
– AINS : anticoagulants, lithium, méthotrexate à forte dose, ticlopidine, aspirine à forte dose ;
– méthotrexate : triméthoprime, phénytoïne, probénécide, vaccins vivants.
- *Test de grossesse préthérapeutique et contraception efficace obligatoire* durant un traitement de méthotrexate et/ou une biothérapie et les 6 mois suivant leur interruption.
- *Recherche d'un foyer infectieux*, en particulier tuberculose (test Quantiféron®), hépatites (sérologies B et C) avant mise sous biothérapie.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Paracétamol :** 1 g matin, midi et soir (ne pas dépasser 4 g par jour).
- **Naproxène 550 mg :** 1 cp le soir pendant le repas.
- **Méthotrexate 2,5 mg :** 10 mg *per os* (soit 4 cp) en 1 seule prise, 1 seule fois/semaine un jour fixe qui doit être précisé (à augmenter tous les mois de 5 mg par semaine si nécessaire, jusqu'à 20 mg par semaine).
- **Acide folique 5 mg :** 1 ou 2 cp (la moitié de la dose de méthotrexate), à prendre 48 h après la prise de méthotrexate, 1 fois/semaine.

Situations particulières

En cas d'insuffisance d'efficacité du méthotrexate et des traitements symptomatiques, l'association d'une biothérapie au méthotrexate est recommandée. La prescription d'un anti-TNF est effectuée sur une « ordonnance de médicament d'exception » et par un spécialiste (prescription initiale hospitalière) : **étanercept stylo auto-injectable à 50 mg**, 1 injection sous cutanée à 50 mg, 1 fois/semaine.

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement* : l'évaluation clinico-biologique de la PR se fait avec un indice composite de type DAS 28. L'objectif est l'obtention d'un score DAS 28 < 2,6 synonyme de rémission, ou un DAS 28 < 3,2 synonyme d'activité faible de maladie. La surveillance de l'efficacité du traitement passe aussi par la détection de l'apparition de lésions structurales avec des radiographies et échographies articulaires. Un « contrôle serré de la maladie » permet d'obtenir à moyen

et long terme des résultats bien supérieurs à ceux obtenus avec un suivi classique. Il nécessite une consultation rhumatologique tous les deux à trois mois pour s'assurer d'un DAS 28 < 2,6 et des radiographies et échographies des mains et des pieds (voire autre articulation si nécessaire) tous les 6 mois durant les 3 premières années.

• *Des effets indésirables* :

– des antalgiques, des AINS, ou des corticoïdes : HTA, surpoids, œdèmes, hypokaliémie, diabète, amyotrophie, ostéoporose, cataracte, insomnie, infections, acné, glaucome, purpura, ulcère digestif, etc. ;

– du méthotrexate : risque hépatique à fortes doses et de pneumopathie interstitielle (→ interruption du traitement en cas de symptômes respiratoires). Bilan biologique mensuel comprenant NFS, VS, CRP, transaminases et créatininémie ;

– des anti-TNF : recherche de foyers infectieux en particulier tuberculose. Il est recommandé d'interrompre le traitement deux semaines avant une intervention programmée.

NOTES PERSONNELLES

P

Prostatite aiguë

RAPPELS

Inflammation aiguë de la prostate d'origine bactérienne qui affecte environ 1 % des hommes. Les cystites sont rares chez l'homme et toute infection urinaire fébrile avec signes mictionnels doit être considérée comme une prostatite.

Diagnostic Clinique habituellement facile devant un syndrome infectieux, des symptômes urinaires et des douleurs pelviennes. Une orchiépididymite peut être associée. Toucher rectal douloureux et parfois impossible à la phase aiguë. La bandelette urinaire a une valeur d'orientation (négative, une autre étiologie qu'une infection urinaire doit être recherchée). Un examen cytobactériologique urinaire (ECBU), ainsi que des hémocultures dans les formes sévères, sont recommandés en urgence avant de débuter le traitement antibiotique. Cependant, il faut noter que 25 % des ECBU peuvent être négatifs, ce qui n'élimine pas le diagnostic. Il n'y a pas d'indication du dosage des PSA à la phase aiguë en raison de l'élévation liée à l'infection.

Une échographie par voie sus-pubienne sera réalisée dans les 48 à 72 h pour éliminer un obstacle. On ne réalise pas d'échographie par voie endorectale à la phase aiguë. Une IRM prostatique n'est justifiée qu'en cas d'évolution défavorable et dans le cadre d'une prise en charge hospitalière.

Objectif thérapeutique Guérir l'infection, éviter une évolution chronique et ne pas méconnaître une pathologie sous-jacente.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher une allergie aux céphalosporines et une contre-indication aux fluoroquinolones : ATCD de tendinopathie, déficit en G6PD.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- Le traitement probabiliste repose sur les céphalosporines de troisième génération par voie injectable ou une fluoroquinolone par voie orale (Tableau 1).

Tableau 1 – Prostatite aiguë : traitement probabiliste initial.

Classe antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
Céphalosporines 3G	Ceftriaxone injectable (IM ou IV ou SC)	1 g 1 fois/j voire 2 g 1 fois/j	14 j à 21 j
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 à 750 mg PO 2 fois/j	14 à 21 j
	Lévofloxacine		14 à 21 j
	Ofloxacine	500 mg PO 1 fois/j 200 mg PO 2 fois/j	14 à 21 j

- Au 3e ou 4e jour, après les résultats de l'antibiogramme, un relais par voie orale sera réalisé par **fluoroquinolone** (Tableau 1).

ou

- **Sulfaméthoxazole 800-triméthoprime 160 :** 1 cp 3 fois/j.

La durée de traitement totale sera de 14 jours dans les formes faciles à éradiquer mais peut aller jusqu'à 21 jours voire plus selon le tableau clinique initial, les facteurs de risque (diabète, insuffisance hépatique, cancer, immunodépression) et l'évolution.
En raison de sa mauvaise diffusion tissulaire, l'amoxicilline n'est pas recommandée même si la bactérie est sensible.

SURVEILLANCE

• *Un ECBU est réalisé 4 à 6 semaines après la fin du traitement* pour dépister une éventuelle prostatite chronique, une rechute ou une récidive.

• À distance de l'épisode infectieux, *un bilan urologique doit être réalisé* à la recherche :
– d'une sténose urétrale et/ou d'un résidu post-mictionnel ;
– d'un cancer de la prostate dont la prostatite aiguë peut-être révélatrice.

NOTES PERSONNELLES

P

Prurit

RAPPELS

« Sensation qui provoque le besoin de se gratter », le prurit localisé ou généralisé est pathologique lorsqu'il induit des lésions de grattage.

Diagnostic Sur l'interrogatoire et l'existence de lésions cutanées non spécifiques consécutives au grattage : excoriations et stries linéaires, prurigo (papulovésicules, papules excoriées ou nodules), lichénification (peau épaissie, grisâtre recouverte d'un quadrillage). Une biopsie cutanée à visée étiologique n'est pas systématique mais une immunofluorescence directe sera réalisée chez le sujet âgé (> 75 ans) devant un prurit persistant pour éliminer une dermatose bulleuse auto-immune.

Objectif thérapeutique Faire disparaître la gêne fonctionnelle du patient.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherger un prurit symptomatique d'une pathologie dermatologique* : urticaire, dermite atopique ou de contact, ectoparasitoses et piqûres d'insectes, psoriasis, dermatophytoses, lichen plan, pemphigoïde, mycosis fongoïde, mastocytose, etc.

• *Rechercher une pathologie générale.* En cas de prurit diffus sans lésions cutanées diffuses (prurit *sine materia*), une analyse des médicaments puis des examens complémentaires sont nécessaires :
– NFS, plaquettes (hémopathie maligne ou carence martiale) ;

– CRP ou fibrinogénémie (témoins d'inflammation) ;
– γ-GT, phosphatases alcalines, bilirubine totale (cholestase) ;
– créatininémie (insuffisance rénale) ;
– TSH (dysthyroïdie) ;
– sérologies VIH, VHB, VHC ;
– radiographie du thorax et échographie abdominale (hémopathie maligne).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Préparation magistrale ou tout autre émollient :
– glycérolé d'amidon : 30 g ;
– **Cold cream®** fluide/lait : QSP 300 mL.
1 application au moins 1 fois/j sur l'ensemble du corps (1 à 2 flacons par mois).

Règles hygiénodiététiques

- *Limiter les facteurs irritants :* antiseptiques alcooliques, dermocorticoïdes, savons acides ou parfumés, contact avec la laine.
- Privilégier des vêtements amples.
- Couper les ongles courts.

Situations particulières

- *Grossesse :* penser à la cholestase gravidique de la grossesse (prurit généralisé sévère sans lésions cutanées spécifiques, avec augmentation des transaminases et/ou des phosphatases alcalines) et aux dermatoses bulleuses auto-immunes spécifiques de la grossesse (discuter la biopsie cutanée).
- *Sujet âgé :* « prurit sénile » fréquent, lié au vieillissement et à la xérose.
- *En cas de prurit nocturne et insomniant,* un antihistaminique sédatif peut être utile le soir : **hydroxyzine 25 mg,** 2 cp au coucher.
- Penser à la gale.

NOTES PERSONNELLES

P

Pseudopolyarthrite rhizomélique

RAPPELS

Ensemble de manifestations arthromyalgiques (douleurs, raideur, faiblesse musculaire) prédominant aux racines des membres, dont l'association fréquente à la maladie de Horton (cf. ce terme) conduit à discuter une forme clinique limitée de cette affection.

Diagnostic Clinique chez un sujet > 60 ans devant la survenue progressive de myalgies des fesses, des quadriceps, des épaules et des bras, associées à une raideur et à une impotence : impossibilité de lever les bras tendus au-dessus de l'horizontale, de se relever d'une chaise basse (signe du tabouret).
Il faut rechercher des signes associés de maladie de Horton (céphalées, artère temporale sensible, douleurs occipitales ou linguales, troubles visuels, altération de l'état général) qui peuvent apparaître tardivement ou à l'occasion d'une rechute.
Un syndrome inflammatoire biologique est habituel (fibrinogène + CRP élevés) mais il peut être modéré ou absent initialement.
Une biopsie d'artère temporale peut être positive (20 %) mais n'est généralement pas réalisée en raison de sa faible sensibilité.
L'amélioration spectaculaire des symptômes en moins de 48 h lors de l'administration de corticoïdes constitue un argument diagnostique.
Cependant, il faut garder à l'esprit les diagnostics différentiels possibles : polyarthrite rhumatoïde (atteintes périphériques), polymyosite (manifestations diffuses) et ostéose métastatique (altération de l'état général).

Objectif thérapeutique Résolution des symptômes douloureux et fonctionnels ; amélioration de l'état général ; éviter le développement d'une maladie de Horton et ses risques ; normalisation du syndrome inflammatoire.

➡ *La corticothérapie au long cours (12 à 24 mois) constitue le traitement habituel. Les AINS peuvent entraîner une amélioration symptomatique mais l'effet sur la vascularite sous-jacente est moindre.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications à la corticothérapie* (très rares) : ATCD de troubles psychiques sévères sous corticoïdes, viroses en évolution (herpès, varicelle, zona), états infectieux non contrôlés.
- *Recherche de terrains à risque qu'il faudra traiter ou contrôler* (fréquents) : diabète, ATCD d'ulcère digestif, ostéoporose, ATCD tuberculose.
- *Recherche d'associations déconseillées* : aspirine > 1 g/24 h (accroissement du risque hémorragique) ; vaccins vivants.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : autres médicaments hypokaliémiants, anticoagulants oraux, digitaliques, médicaments favorisant les torsades de pointe (neuroleptiques, antiarythmiques, lithium).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Prednisone,** en une seule prise au petit déjeuner :
  - 0,50 mg/kg/jour pendant 7 jours ;
  - 0,40 mg/kg/jour pendant 7 jours ;
  - 0,30 mg/kg/jour pendant 7 jours ;
  - 0,20 mg/kg/jour pendant 7 jours ;
  - puis, en fonction de l'évolution clinique et biologique, maintenir un plateau d'environ 10 mg/kg/jour pendant 12 mois avant d'envisager un sevrage très progressif.
- **Calcium (1 000 mg) + vitamine D3 (880 UI) :** un sachet/j dans un verre d'eau en dehors des repas, durant le traitement corticoïde.

Règles hygiénodiététiques

Régime hyposodé standard (4 g. de sel/j., soit 1 600 mg de sodium) :
- éliminer tous les plats cuisinés du commerce : traiteur, conserves ou surgelés ;
- vérifier l'étiquetage des produits alimentaires que vous consommez ;
- ne pas resaler à table.

Situations particulières

- *Ostéoporose* : chez les femmes ménopausées et les hommes à risque élevé de fractures, adjonction d'un traitement préventif de l'ostéoporose par vitamine D et diphosphonate :
  - vitamine D3 : une ampoule de 100 000 UI à renouveler tous les 3 mois durant le traitement corticoïde ;
  - acide zolédronique : une perfusion IV de 5 mg en 15 minutes, 1 fois/an.

Situations particulières (suite)

- *Diabète* : surveillance plus étroite de l'équilibre glycémique et renforcement du traitement oral ou passage à l'insuline si nécessaire.
- *Antécédent d'ulcère digestif* : gastroscopie et traitement anti-ulcéreux → oméprazole, 1 cp à 20 mg par jour en l'absence de lésion évolutive (en cas d'ulcère, 40 mg durant 4 à 6 semaines puis 20 mg).
- En cas de *manifestations évocatrices d'une maladie de Horton* au cours du suivi, le traitement corticoïde doit être renforcé (cf. ordonnance p. 273) par voie orale ou injectable (si atteinte oculaire).

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement* : disparition en 48 à 72 heures des manifestations cliniques et normalisation du syndrome inflammatoire → VS + CRP ou fibrinogène (+ numération globulaire initialement) à J7, J30 puis tous les 3 mois.
- *Des effets indésirables engendrés par l'hypercorticisme* : HTA, surpoids, œdèmes, diabète, syndrome cushingoïde.
- *Des effets indésirables divers de la corticothérapie* : excitation, insomnie, infections, acné, amyotrophie, ostéoporose, cataracte, glaucome, purpura, ulcère digestif.
- *Des manifestations évocatrices d'une évolution vers une maladie de Horton* : céphalées, douleurs linguales, inflammation d'une artère temporale, manifestations d'artérite périphérique, recrudescence du syndrome inflammatoire biologique.

Psoriasis

RAPPELS

Dermatose inflammatoire chronique (2 % de la population) qui peut débuter à tout âge avec deux pics d'incidence, l'un vers 25 ans et l'autre vers 50 ans. Des facteurs environnementaux (stress, infections, médicaments) sur un terrain génétique prédisposant sont associés au début de la maladie.

Diagnostic Il existe plusieurs formes de psoriasis et plusieurs formes peuvent coexister chez un même patient. Le psoriasis en plaques, le plus fréquent (90 %), est identifié sur la présence de plaques érythémato-squameuses bien limitées, le plus souvent symétriques, localisées au niveau des zones bastions (coudes, genoux, ombilic, région lombosacrée). Il existe des formes localisées : psoriasis palmoplantaire kératosique ou pustuleux, psoriasis unguéal, psoriasis du cuir chevelu. Il existe des formes sévères, érythrodermiques (atteinte d'au moins 90 % de la surface corporelle), pustuleuses généralisées (altération fébrile de l'état général avec des nappes érythémateuses surmontées de pustules) ainsi que l'atteinte rhumatismale spécifique. Un prélèvement histologique est réservé aux formes sévères et avant la mise sous biothérapie.

Objectif thérapeutique En l'absence de traitement curatif : réduire les symptômes et la durée d'une poussée (traitement d'attaque) et diminuer la fréquence des poussées (traitement d'entretien).

- *Ces objectifs, le caractère non curatif du traitement ainsi que l'évolution chronique doivent être expliqués au patient.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher un rhumatisme psoriasique associé : douleurs axiales ou périphériques de type inflammatoire. Au moindre doute, solliciter l'avis d'un spécialiste.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement d'attaque

Calcipotriol + bétaméthasone gel : 1 application/j sur les lésions de psoriasis, sans dépasser 100 g par semaine, soit un tube de 60 g. Traitement de 8 semaines. Ne pas appliquer sur le visage ou au niveau des plis. Ne pas utiliser sous occlusion.

Ordonnance de traitement d'entretien

La prolongation du traitement peut être envisagée sous surveillance médicale (risque d'hypercalcémie).

Règles hygiénodiététiques

- Informer des effets aggravants du tabac, du stress, du grattage ou du frottement des lésions.
- Utilisation d'une crème émolliente si nécessaire.

Situations particulières

- *Atteinte du cuir chevelu :*

– **clobétasol shampooing :** 1 application (1 cuillère à café)/j sur cheveux secs, bien couvrir et masser les lésions. Laisser agir pendant 15 minutes avant de rincer (utilisation possible d'un shampooing classique). Durée de traitement de 4 semaines. Les applications peuvent être espacées en cas de réponse rapide.

ou

– **clobétasol mousse :** 1 application 2 fois par jour directement sur les plaques du cuir chevelu (pas de contact direct avec les mains) pendant 15 jours maximum, soit un flacon pressurisé de 100 g (dose maximale : 50 g/semaine).

- *Atteinte unguéale :* **clobétasol crème**, 1 application par jour sous occlusion (laisser 2 à 3 heures) pendant 4 semaines.

SURVEILLANCE

• Informer des règles d'utilisation des traitements et des effets indésirables possibles : ne pas dépasser les quantités prescrites; appliquer les traitements sur la peau lésée et non sur peau saine pour éviter irritation et atrophie.

• En cas d'un échec au traitement bien conduit ou en cas de poussées fréquentes, un avis dermatologique est souhaitable (alternatives aux dermocorticoïdes, décision de traitement d'entretien, etc.).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Pyélonéphrite aiguë simple ou à risque de complication sans signe de gravité

RAPPELS

La pyélonéphrite aiguë (PNA) est une infection du rein et des voies excrétrices d'origine bactérienne. Les entérobactéries sont le plus souvent en cause : *Escherichia coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas,* etc. par voie rétrograde et plus rarement hématogène.

Diagnostic Suspecté devant une douleur lombaire, souvent unilatérale, associée à des frissons et une fièvre élevée. Une bandelette urinaire est positive (l'absence de leucocytes et de nitrites doit faire rechercher une autre cause à la symptomatologie) et doit faire réaliser un ECBU avec antibiogramme. Des hémocultures sont à discuter. *Une imagerie rénale et vésicale est nécessaire dans les 48 h* pour rechercher un obstacle sur les voies urinaires. En cas de PNA simple, une échographie est recommandée. Une tomodensitométrie avec injection (uro-TDM) est à discuter en première intention en cas de PNA à risque de complication car c'est l'examen le plus sensible.

Objectif thérapeutique Calmer la douleur, prévenir les complications et guérir l'infection.

▪ *La prise en charge d'une PNA peut être réalisée en ambulatoire après avoir sélectionné les patients. Une mauvaise tolérance du sepsis, une forme hyperalgique, des vomissements rendant impossible un traitement par voie orale ou l'impossibilité de réaliser le bilan en ambulatoire (ECBU, imagerie, hémocultures) conduisent à une hospitalisation.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher une allergie aux céphalosporines et à la pénicilline* : l'allergie aux pénicillines étant croisée avec celle aux céphalosporines dans 5 à 10 pour cent des cas, l'utilisation des céphalosporines doit être extrêmement prudente chez les patients pénicillosensibles ; une surveillance médicale stricte est nécessaire dès la première administration.

• *Rechercher une contre-indication aux fluoroquinolones* : allergie connue, ATCD de tendinopathie, déficit en G6PD, grossesse et allaitement, croissance non terminée. L'exposition solaire ou aux UV est contre-indiquée durant le traitement.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Le traitement initial est probabiliste et fait appel en 1re intention à une céphalosporine de 3e génération par voie parentérale. Une alternative est possible avec une fluoroquinolone orale (Tableau 1).

Tableau 1 – **Traitement probabiliste de la pyélonéphrite aiguë simple ou à risque de complication.**

Classe antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
Céphalosporines 3G	Ceftriaxone injectable (IM ou IV ou SC)	1 g 1 fois/j, voire 2 g 1 fois/j	7 j
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 à 750 mg PO 2 fois/j	7 j
	Lévofloxacine	500 mg PO 1 fois/j	7 j
	Ofloxacine	200 mg PO 2 fois/j	7 j

• Entre J3 et J5 selon l'évolution et après résultat de l'antibiogramme, un relais *per os* est possible (Tableau 2).

Tableau 2 – **Traitement de relais possible après obtention de l'antibiogramme dans la pyélonéphrite aiguë ou à risque de complication. SMX + TMP : sulfaméthoxazole-triméthoprime.**

Classe antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
β-lactamines	Amoxicilline	1 g PO 3 fois/j	10 j
	Amoxicilline-ac. clavulanique	1 g PO 3 fois/j	10 j
	Céfixime	200 mg PO 2 fois/j	10 j
Sulfaméthoxazole-triméthoprime	SMX 800 mg + TMP 160 mg	1 cp PO 2 fois/j	10 j

Ordonnance (suite)

• La durée moyenne totale de traitement d'une PNA sans signe de gravité est de 10 jours (14 jours maximum) voire de 7 jours pour les fluoroquinolones ou les C3G injectables pour les PNA simples.

Situations particulières

En cas de doute sur une infection sur obstacle, un avis urologique rapide doit être demandé.

SURVEILLANCE

- *En cas de PNA simple*, il n'y a pas besoin de CBU de contrôle sauf en cas d'évolution défavorable, l'apyrexie devant être obtenu en 72 h.
- *En cas de PNA à risque de complication*, le suivi doit être clinique et biologique. Un ECBU est réalisé en cas d'échec à 72 h ou à l'arrêt du traitement en cas de PNA sur lithiase.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

R

Raynaud (phénomène de)

RAPPELS

Trouble vasomoteur caractérisé par une ischémie paroxystique des extrémités. Le plus souvent idiopathique, en particulier chez une jeune femme, le phénomène de Raynaud peut être la première manifestation d'une vascularite, d'une connectivite, d'une artériopathie oblitérante ou d'un traumatisme localisé généralement professionnel.

Diagnostic Tableau clinique où se succèdent une phase syncopale de l'extrémité des doigts qui sont blancs, livides et froids puis une phase cyanique durant laquelle les doigts sont violacés et dysesthésiques. Favorisé par le froid et/ou l'humidité, le trouble peut intéresser les mains, les pieds mais également le nez ou les oreilles. Rechercher une pathologie sous-jacente, en particulier si manifestations sévères, de survenue tardive, unilatérales ou compliquées de troubles trophiques, ou associées à d'autres manifestations : lésions cutanées, polyarthralgies, manifestations musculaires, etc.

Objectif thérapeutique Réduire la fréquence et la sévérité des crises et améliorer leur tolérance. La protection contre le froid est impérative, de même que la réduction d'autres facteurs favorisants éventuels (tabac, médicaments). Un traitement médical par des inhibiteurs calciques vasodilatateurs est réservé aux formes restant mal tolérées.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche et interruption de médicaments susceptibles d'induire les crises* : bêtabloquants, dérivés de l'ergot de seigle (Gynergène®, Diergo-Spray®, dihydroergotamine), sumatriptan, clonidine, imipraminiques, interferon-α, ciclosporine, bromocriptine.
- La crise peut être précipitée par la coprescription de médicaments inhibiteurs enzymatiques du foie qui entraînent un surdosage (macrolides, antiviraux, antifongiques azolés, etc.).
- *Recherche de contre-indications aux inhibiteurs calciques* : insuffisance cardiaque, angor instable, hypotension artérielle, bradycardie, troubles de conduction intracardiaques, grossesse et allaitement.
- *Recherche de terrains à risque* : insuffisance hépatique ou rénale, sujets âgés.
- *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées* : dantrolène, ciclosporine, bêtabloquants, diltiazem et antiarythmiques.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : alpha-1-bloquants, inducteurs et inhibiteurs enzymatiques, jus de pamplemousse, antidépresseurs imipraminiques et neuroleptiques, baclofène, phénytoïne.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Nifédipine 10 mg : 1 capsule 3 fois/j aux repas de novembre à avril.

Règles hygiénodiététiques

- Protection soigneuse contre le froid et l'humidité : vêtements chauds et port de gants de soie et de moufles ; possibilité de gants ou de semelles chauffants.
- Interruption du tabac, qui constitue un facteur déclenchant et aggravant, et d'autres substances illicites qui possèdent souvent un effet vasoconstricteur.

Situations particulières

- *En cas de formes graves avec ischémie sévère et/ou troubles trophiques*, le patient doit être hospitalisé pour renouveler le bilan étiologique à la recherche d'une sclérodermie, d'une vascularite, d'une pathologie auto-immune ou d'un athérome sévère et la mise en place d'une perfusion continue d'**iloprost** 6 h/j pendant 7 à 28 jours : on débute la perfusion à une dose de 0,5 ng/kg/min pendant 30 minutes. Ensuite, on augmente la dose toutes les 30 minutes, par paliers de 0,5 ng/kg/min jusqu'à un maximum de 2,0 ng/kg/min. Surveillance étroite de la tension artérielle et de la tolérance clinique (céphalées, flush, érythème, agitation, tachycardie, crise d'angor, nausées, etc.) qui nécessitent souvent une réduction des doses.
- *En cas de sclérodermie et d'ulcères digitaux évolutifs*, l'administration d'un antagoniste de l'endothéline est susceptible de réduire l'apparition de nouveaux ulcères : **bosentan**, initialement 62,5 mg 2 fois/j pendant 4 semaines puis la posologie est augmentée jusqu'à la posologie d'entretien de 125 mg 2 fois/j.

SURVEILLANCE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

• La tolérance des inhibiteurs calciques est habituellement bonne mais ils peuvent induire des œdèmes des jambes (liés à la vasodilatation et non à une rétention hydrosodée → insensibilité aux diurétiques), des céphalées, des rougeurs de la face, une hypotension artérielle.

• L'administration d'iloprost nécessite une hospitalisation pour surveiller les effets indésirables qui sont fréquents et dose-dépendants (*cf.* ci-dessus), particulièrement en cas d'antécédents coronariens, d'hypotension artérielle et d'insuffisance hépatique (réduire les doses de moitié dans ce dernier cas). Attention aux associations médicamenteuses : anticoagulants (risque hémorragique accru), IEC, autres vasodilatateurs (risque d'hypotension accru).

• Le bosentan, dont la prescription est restreinte (cardiologues, pneumologues, internistes), est responsable d'effets indésirables dose-dépendants : céphalées, bouffées de chaleur, hypertransaminasémie, œdèmes, anémie, *etc.*, qui nécessitent une surveillance régulière (clinique, NFS et transaminases) mensuelle.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

R

Rectite radique

RAPPELS

La physiopathologie des lésions radiques est complexe. Elle fait intervenir une artérite oblitérante progressive et la constitution d'une fibrose interstitielle atteignant toute l'épaisseur de la paroi rectale. Les lésions ischémiques induites sont chroniques et irréversibles. Elles affectent jusqu'à 20 % des patients, en général entre 6 et 24 mois après la radiothérapie, mais parfois au-delà de 10 ans.

Diagnostic Dans les suites d'une radiothérapie pelvienne, devant la survenue d'exonérations répétées et impérieuses, d'un ténesme, de faux besoins glaireux et surtout de saignements, parfois invalidants. L'aspect endoscopique est évocateur : muqueuse dépolie, blanchâtre et parsemée de télangiectasies, parfois congestive, friable et hémorragique au moindre contact.

Objectif thérapeutique Soulager les symptômes et arrêter les saignements.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications générales à la corticothérapie :* ulcère gastroduodénal en évolution, état infectieux ou mycosique non contrôlé. *Contre-indications locales :* obstruction, abcès, perforation, péritonite, anastomose intestinale récente, fistule extensive.

- *Recherche de terrains à risque* : rectocolites ulcéreuses sévères en raison du risque de perforation de la paroi intestinale ; diabète ; hypertension artérielle, ostéoporose, ATCD tuberculeux.
- *Recherche d'associations médicamenteuses à prendre en compte* : AINS, AVK, inducteurs enzymatiques qui réduisent l'efficacité (rifampicine, anticomitiaux), autres médicaments hypokaliémiants, digitaliques.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- L'abstention thérapeutique est justifiée en cas de rectite radique hémorragique minime avec saignements rares et intermittents, sans retentissement hématologique (NFS et ferritinémie à surveiller).
- Dans les formes plus symptomatiques : **hydrocortisone en mousse rectale**, 1 application/j pendant 2 à 3 semaines, puis éventuellement 1 application 1 jour sur 2. Malade couché sur le côté. Ne jamais introduire directement le poussoir du boîtier dans l'anus.

Règles hygiénodiététiques

Adapter l'alimentation en fonction des troubles du transit générés par la rectite (réduction des fibres – légumes, fruits, pain –, du lait, des aliments gras et des boissons gazeuses), tout en évitant la constipation.

Situations particulières

En cas de rectite sévère avec saignements abondants, un traitement endoscopique peut être discuté d'emblée : électrocoagulation par plasma argon.

SURVEILLANCE

En cas d'échec des thérapeutiques précédentes, « tout est permis » pour éviter la chirurgie : corticothérapie par voie orale, vitamine A, oxygénothérapie hyperbare.

NOTES PERSONNELLES

R

Reflux gastro-œsophagien

RAPPELS

Le passage à contre-sens, à travers le cardia, d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage, en dehors de tout effort de vomissement, recouvre différentes entités :
– le reflux gastro-œsophagien (RGO) physiologique existant chez tous les sujets, essentiellement après les repas, et qui, par définition, ne s'accompagne ni de symptôme ni de lésion muqueuse œsophagienne ;
– le RGO pathologique caractérisé par des symptômes et/ou des lésions d'œsophagite. Le reflux du contenu gastrique est alors, dans la majorité des cas, anormalement fréquent et/ou prolongé.

Diagnostic Clinique devant des symptômes typiques (pyrosis et régurgitations) qui suffisent à affirmer le diagnostic. Parfois, les symptômes sont plus atypiques (brûlures épigastriques, douleurs thoraciques, toux chronique et asthme, enrouement, laryngite chronique, érosions dentaires). Enfin, certains symptômes constituent de véritables signes d'alarme (dysphagie, hématémèse, amaigrissement, anémie). Une œsogastroscopie est alors indispensable.

Objectifs thérapeutiques Soulager les symptômes, cicatriser les lésions, prévenir les récidives.

- *Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont essentiels.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher des interactions médicamenteuses avec les IPP* : atazanavir et nelfinavir (dont l'absorption est réduite de 75 %), clopidogrel (réduction de l'activité antiagrégante), les nombreux substrats du cytochrome P 2C19 (anticonvulsivants, antidépresseurs, antidiabétiques oraux, AINS, AVK [perturbations de l'INR], tamoxifène, voriconazole, etc.).

• *Les alginates entraînent une diminution de l'absorption digestive des médicaments* administrés simultanément. Par mesure de précaution, il convient de les prendre à distance des autres médicaments (2 heures).

• *Recherche de terrains à risque* : les alginates contiennent du sodium, à prendre en compte chez les patients suivant un régime hyposodé strict.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Oméprazole 20 mg : 1 gél./j pendant 4 semaines.
Le traitement peut-être renouvelé pour de courtes périodes à la demande. Certains patients répondent à la dose de 10 mg/j et par conséquent, la posologie peut être ajustée individuellement.
Si les symptômes ne sont pas contrôlés après 4 semaines de traitement, une œsogastroscopie est nécessaire si elle n'a pas été réalisée initialement.

Règles hygiénodiététiques

• Seules la surélévation de la tête du lit et l'augmentation au-delà de 3 h de l'intervalle « dîner-coucher » ont fait la preuve de leur efficacité.

• Un surpoids est souvent associé au RGO et sa réduction pourrait améliorer les symptômes. Les repas gras ou les aliments identifiés par le patient comme aggravant les symptômes doivent être évités.

Situations particulières

• *En cas de symptômes modérés survenant de façon espacée* ou par poussées peu fréquentes : traitement par IPP intermittent ou à la demande.

• *Si les symptômes récidivent à l'arrêt du traitement* : traitement par IPP continu, à demi-dose si possible.

• *Si résistance thérapeutique d'emblée* ou rechute rapide à l'arrêt du traitement chez un patient de plus de 50 ans → œsogastroscopie indispensable pour rechercher des complications (muqueuse de Barrett, sténose peptique, cancer) avec biopsies œsophagiennes

Situations particulières (suite)

étagées si dysphagie associée (recherche d'œsophagite à éosinophiles).

• *Si œsophagite peptique sévère initiale*, traitement par IPP à double dose pendant 4 semaines puis envisager un traitement continu, à demi-dose si possible.

• *Chez les patients « IP-dépendants » ou gardant des régurgitations gênantes* sous traitement, une fundoplicature chirurgicale peut être indiquée après manométrie œsophagienne et pH-impédancemétrie.

SURVEILLANCE

• Des cas d'hypomagnésémies sévères ont été rapportés chez des patients traités par des IPP. En cas de traitement prolongé ou d'association des IPP avec de la digoxine ou des diurétiques, un dosage du magnésium sanguin doit être envisagé avant puis au cours du traitement.

• Les IPP, en particulier à fortes doses et en durée prolongée (> 1 an), peuvent augmenter le risque fracturaire, principalement chez les patients âgés. Les patients présentant un autre risque d'ostéoporose doivent recevoir un apport approprié en vitamine D et en calcium (cf. fiche « Ostéoporose »).

• Un risque accru d'insuffisance rénale (aiguë et chronique) justifie une surveillance de la créatinine lors de prises au long cours.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

Rhinite aiguë et rhinopharyngite

RAPPELS

Infection épidémique d'origine virale (rhinovirus, coronavirus, influenzae virus, etc.), fréquente en automne et en hiver, la rhinite aiguë (« rhume ») affecte essentiellement l'adulte et la rhinopharyngite habituellement l'enfant.

Diagnostic Devant une atteinte des fosses nasales avec prurit, éternuement, rhinorrhée, larmoiements et/ou du rhinopharynx qui est érythémateux. L'obstruction nasale est unie ou bilatérale ou à bascule avec un écoulement parfois abondant, propre. Il s'y associe des céphalées frontales et une sensation de plénitude de la face et souvent des oreilles. Cette dissémination douloureuse s'oppose à la douleur localisée d'une sinusite maxillaire. Il y a peu ou pas de fièvre, au maximum 38 °C. La durée de l'évolution d'une rhinite aiguë est de 8 à 20 jours avec une durée et une intensité variables selon les sujets. La répétition des crises peut évoquer une participation allergique.

La rhinopharyngite de l'enfant associe, en plus d'une rhinite antérieure mucopurulente bilatérale, une rhinorrhée postérieure avec un tapis de mucus sur le pharynx qui est érythémateux et œdématié. L'aspect purulent ou mucopurulent des sécrétions nasales n'a pas valeur de surinfection bactérienne et ne justifie pas une antibiothérapie. L'ensemble s'accompagne d'adénopathies cervicales bilatérales inflammatoires et sensibles. Un examen otoscopique est nécessaire pour éliminer une otite moyenne aiguë associée.

Objectif thérapeutique Améliorer le confort du patient, réduire l'obstruction nasale.

➠ *Le traitement d'une rhinite ou d'une rhinopharyngite aiguë non compliquée doit rester symptomatique.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une contre-indication aux vasoconstricteurs sympathomimétiques par voie locale ou générale* : HTA mal équilibrée, coronaropathie, risque vasculaire élevé, ATCD de convulsions, glaucome, adénome prostatique.
- *Rechercher des associations déconseillées* : réserpine, bromocriptine, IMAO non sélectifs.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- Antalgique/antipyrétique durant quelques jours, **paracétamol :**
  - chez l'adulte : 1 g 2 à 3 fois/j (ne pas dépasser 4 g/j) ;
  - chez l'enfant : 15 mg/kg et par prise espacées de 6 heures.
- Lavage des fosses nasales 2 à 3 fois/j avec du **sérum physiologique stérile à 0,9 %**.
- Chez les sujets > 15 ans, en l'absence de contre-indication et si l'obstruction est invalidante, un vasoconstricteur par voie locale ou orale peut être proposé :
  - **oxymétazoline + benzalkonium :** 1 pulvérisation 2 à 3 fois/j ;

  ou
  - **pseudoéphédrine 60 mg :** 1 cp 3 fois/j.

NB : il n'y a pas d'indication d'antibiotique par voie générale, dans la rhinite ou la rhinopharyngite aiguë non compliquée chez l'adulte comme chez l'enfant. Le traitement antibiotique ne modifie pas la durée des symptômes et ne prévient pas les complications, même en présence de facteur de risque. Il expose à des effets indésirables cliniques et écologiques.

Règles hygiénodiététiques

Mouchage régulier chez l'adulte et lavage des fosses nasales chez l'enfant.

SURVEILLANCE

- Les modifications d'aspect de la rhinorrhée sont habituelles : épaississement voire aspect puriforme qui ne signent pas une infection bactérienne. La persistance d'une toux durant 10 à 20 jours est fréquente.

• Les complications sont rares et dominées par l'otite moyenne aiguë purulente chez le nourrisson et l'enfant, la sinusite aiguë purulente chez l'enfant et l'adulte, une infection respiratoire basse à tout âge. La persistance de fièvre après 3 à 5 jours ou d'autres symptômes après 15 jours nécessitent un nouvel examen clinique.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Rhinite chronique

RAPPELS

Ensemble de manifestations fonctionnelles nasales évoluant de façon perannuelle avec des paroxysmes, correspondant à des pathologies variées principalement d'origine allergique ou vasomotrice, dont la fréquence est croissante (5 % de la population adulte).

Diagnostic Clinique évident devant l'association d'éternuements en salves, d'une obstruction nasale (sensation gênante de nez bouché, au repos ou pendant l'effort, et perturbant le sommeil), d'un écoulement séreux, soit antérieur (rhinorhée), soit postérieur (jetage postérieur), +/– d'un trouble de l'odorat.

• *Les formes allergiques* (possible prurit nasal) s'associent volontiers à des symptômes oculaires ou bronchiques chez des sujets atopiques connus (conjonctivite, asthme, eczéma, urticaire), avec un renforcement lors de l'exposition allergénique. Des tests cutanés d'allergie ou de provocation nasale et le dosage des IgE spécifiques sont nécessaires en cas de doute ou dans les formes handicapantes.

• *Les formes non allergiques*, dites vasomotrices mais de physiopathologie mal élucidée, sont classées selon des caractéristiques cliniques (alimentaires, médicamenteuses, hormonales, positionnelles, etc.). Mais la forme primitive ou idiopathique est la plus fréquente, croissante avec l'âge, avec le rôle de facteurs non spécifiques impliqués dans les crises (chaud, froid, facteurs climatiques, activité physique, etc.).

Les manifestations sévères peuvent être intriquées avec une sinusite, une polypose nasale, un corps étranger, une origine dentaire (bilan ORL +/− scanner) et doivent faire rechercher des pathologies rares (bilan allergologique et général) : la rhinite non allergique à éosinophiles (NARES), une granulomatose avec polyangéite (ex maladie de Wegener) ou une pathologie maligne (rhinorhée sanglante).

Objectif thérapeutique

- Réduire les symptômes incommodants.
- Contrôler au mieux les mécanismes physiopathologiques sous-jacents.

➡ *Dans la rhinite allergique* : éviction des allergènes, antihistaminiques per os ou locaux et glucocorticoïdes nasaux. Dans les formes sévères, les antileucotriènes sont indiqués.

➡ *Dans les rhinites non allergiques* : irrigations salines, ipratropium en spray nasal (anticholinergique), antihistaminiques et glucocorticoïdes nasaux. Les vasoconstricteurs, topiques ou systémiques, doivent être limités à quelques jours en raison des risques associés, cardiaques notamment.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher des médicaments ou des aliments susceptibles d'induire une rhinite* : décongestionnants nasaux (dérivés de l'oxymétazoline et de la phényléphrine), aspirine et aux autres AINS, alphabloquants, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, inhibiteurs de la PDE5. Dans l'alimentation, rôle de l'histamine, de la tyramine, de la sérotonine (chocolat, alcools, caféine, théobromine, sulfites (E 220 à E 228).
- *Rechercher des contre-indications ou associations déconseillées* :
– antihistaminiques per os : grossesse, insuffisance rénale et/ou hépatique, médicaments favorisant les torsades de pointes, allongement de QT, antiprotéases, bétahistine, alcool ;
– corticoïdes nasaux : infection, épistaxis ;

– ipratropium : grossesse, infection, médicaments atropiniques (risque accru de rétention urinaire, de glaucome aigu, *etc.*) ;
– vasoconstricteurs : grossesse, âge < 15 ans, athérome +/− HTA sévères, ATCD convulsions, IMAO non sélectifs, réserpine ;
– montelukast : inducteurs du CYP 3A4 (réduction d'effet).

- *Recherche de terrains à risques* : conducteurs (effets sédatifs), ATCD cardiaques ou vasculaires, enfants < 15 ans, grossesse.
- Chez les malades souffrant de rhinite allergique persistante :
– *recherche d'un asthme* (interrogatoire, EFR avec test de réversibilité) ;
– *recherche des allergènes en cause* (acariens, animaux, moisissures, pollens, environnement, rarement trophallergènes, *etc.*) dont l'éviction constitue une mesure indispensable.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance dans les rhinites allergiques

• **Fluticasone + azélastine** en flacon pressurisé : 1 pulvérisation durant 5 secondes 2 fois/j dans chaque narine après mouchage (agitation préalable du flacon pendant 5 secondes) (à partir de 12 ans).

• Un antihistaminique par voie orale peut être associé durant une à deux semaines : **desloratadine 5 mg,** 1 cp le soir (à partir de 12 ans).

• En *cas de rhinorhée invalidante*, un vasoconstricteur peut être associé durant quelques jours : **oxymétazoline + benzalkonium** en flacon pressurisé, 1 pulvérisation 2 à 3 fois/j (limité à 5 jours et chez l'enfant à partir de 15 ans).

Ordonnance dans les rhinites non allergiques

• **Sérum physiologique à usage nasal** (préparation officinale de NaCl stérile à 0,9 %) : instillation dans chaque narine matin et soir au moment des poussées.

• **Ipratropium nasal en flacon pulvérisateur à 0,03 % :** 2 bouffées (soit 42 µg) 2 à 3 fois/j dans chaque narine après mouchage (à partir de 15 ans).

• Un antihistaminique par voie orale peut être associé durant une à deux semaines : **desloratadine 5 mg,** 1 cp le soir (à partir de 12 ans).

• *En cas de rhinorhée invalidante,* un vasoconstricteur peut être associé durant quelques jours : **oxymétazoline + benzalkonium** en flacon pressurisé, 1 pulvérisation 2 à 3 fois/j (limité à 5 jours et chez l'enfant à partir de 15 ans).

Ordonnance dans les rhinites non allergiques (suite)

Règles hygiénodiététiques

• L'interruption d'un éventuel tabagisme et la pratique régulière d'une activité physique sont recommandées.

• *En cas de rhinite allergique,* il faut essayer d'éviter l'allergène dans l'environnement : éliminer les acariens ; éviter les tissus muraux, les tentures, les moquettes ; les animaux domestiques ne sont pas recommandés.

Situations particulières

• *Dans les rhinites allergiques sévères* (souvent associées à un asthme) :

– un traitement antileucotriènes est justifié : **montelukast** 5 mg, 2 cp en une prise le soir au coucher (chez l'enfant de 6 à 14 ans : 5 mg/j seulement). L'effet thérapeutique se manifeste rapidement (< 2 jours). En cas d'inefficacité, ne pas prolonger au delà de 4 semaines ;

– une désensibilisation (ou immunothérapie spécifique) par voie injectable ou sublinguale est le seul traitement susceptible de modifier le terrain atopique mais il suppose l'identification d'allergènes en petit nombre et bien validés (contre-indication pendant la grossesse sauf poursuite d'un traitement bien toléré ; possible chez l'enfant à partir de 5 ans) ;

– une cure thermale est susceptible d'assurer un meilleur contrôle de l'environnement.

• *Chez les sportifs,* nécessité de contrôler la liste actualisée des produits considérés comme dopants.

SURVEILLANCE

Il s'agit par définition de pathologies chroniques évoluant au long cours avec des exacerbations.

- Après la première mise en place du traitement, une surveillance entre 2 et 4 semaines permettra d'identifier *d'éventuels effets indésirables* : irritation rhinopharyngée, sécheresse nasale, céphalées, manifestations anticholinergiques (palpitations, troubles de l'accommodation, troubles urinaires, constipation, etc.) et d'adapter les prescriptions.
- Au long cours, les sujets connaissent le traitement. Il faut s'attacher à éviter une *dépendance médicamenteuse excessive* et à identifier les *facteurs déclenchants* (réalisation d'un calendrier de surveillance des poussées). Dans les formes handicapantes, une prise en charge pluridisciplinaire (ORL, allergologue) est nécessaire.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

Rosacée

RAPPELS

Dermatose faciale inflammatoire chronique d'étiologie inconnue associant des facteurs vasculaires et immunologiques. Prédominance féminine, de 40 à 50 ans.

Diagnostic Clinique devant une dermatose centrofaciale avec atteinte préférentielle des zones convexes du visage (joues, menton et nez) et des lésions cutanées polymorphes :
– érythème et bouffées vasomotrices paroxystiques isolées (phase 1) ou associées à des lésions érythématotélangiectasiques fixes (érythrose faciale et télangiectasies) (phase 2) ;
– lésions papulopustuleuses sans comédons (phase 3) ;
– lésions hypertrophiques (rhinophyma, essentiellement masculin) (phase 4).
Un même patient ne présente pas systématiquement toutes les phases successives.

Objectif thérapeutique Obtenir une rémission clinique et faire disparaitre la gêne fonctionnelle du patient, éviter les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Éliminer un diagnostic différentiel* : rosacée cortico-induite (application locale mais également générale), à rechercher devant des lésions cutanées atypiques par leurs localisations (périorificielles) ; lupus

érythémateux : habituellement absence de bouffées vasomotrices (en cas de doute biopsie) ; acné (lésions rétentionnelles – comédons, microkystes et kystes – absentes dans la rosacée).

- Absence de contre-indications aux *tétracyclines* : allergie, insuffisance hépatique ou rénale, grossesse ; association contre-indiquée aux rétinoïdes et aux psoralènes ; précautions particulières : AVK, atovaquone.
- Expliquer au patient le caractère seulement suspensif du traitement.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance devant une forme mineure (phase 2 ou 3 peu inflammatoire)

Métronidazole émulsion : 1 à 2 applications/j en continu.

Prévenir le patient de la sensation de « picotement » au début du traitement lors de l'application du métronidazole. Éviter l'exposition solaire ou aux UV. Éviter le contact avec les yeux (se laver les mains après l'application).

Ordonnance devant une forme majeure (phase 3)

- **Doxycycline :** 1 cp à 100 mg le soir au cours du repas pendant 4 à 12 semaines.
- **Métronidazole émulsion :** 2 applications/j pendant la poussée puis relais par 1 application/j en continu.

Règles hygiénodiététiques

- Toilette à l'eau tiède puis application d'émollient. Éviter les topiques gras et les fonds de teint occlusifs.
- Pas de dermocorticoïde.

Situations particulières

- *Rosacée télangiectasique* : réalisation par un spécialiste de laser vasculaire ou d'électrocoagulation.
- *Rosacée hypertrophique (rhinophyma)* : réalisation par un spécialiste de laser CO_2 ou indication chirurgicale.
- *Rosacée oculaire* pouvant précéder ou succéder à une forme cutanée : à évoquer devant un syndrome sec, des conjonctivites, blépharites, ulcères sclérocornéens et kératites évoluant par poussées. Un avis spécialisé est recommandé.

SURVEILLANCE

• Tolérance du métronidazole topique qui est irritatif : en cas de sensations de brûlures ou d'érythème, espacer les doses 1 fois/j voire 1 fois tous les 2 jours en réaugmentant progressivement la posologie.

• Efficacité du traitement habituellement bonne mais risque de récidive à l'arrêt qui peut justifier la poursuite au long cours du métronidazole en émulsion.

NOTES PERSONNELLES

Schizophrénie

RAPPELS

Psychose chronique qui atteint l'adulte jeune et qui concerne 1 % de la population générale.

Diagnostic Devant un tableau associant de manière variable des symptômes positifs (délire, hallucinations), des symptômes négatifs (retrait, apragmatisme), une désorganisation de la pensée (illogisme, paralogisme) et des troubles cognitifs (troubles mnésiques, attentionnels et exécutifs).

Objectif thérapeutique Amélioration des symptômes, amélioration de l'*insight* (prise de conscience de la maladie), potentialisation des capacités cognitives préservées, qualité de vie satisfaisante et réinsertion socioprofessionnelle.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications aux neuroleptiques* : syndrome du QT congénital (contrôle de l'ECG).

• *Recherche de terrains à risque* : dyslipidémie ou diabète (risque accru de syndrome métabolique), contrôle du poids, du périmètre abdominal, bilan lipidique et glycémie.

• *Recherche d'associations déconseillées* : autres traitements allongeant le QT.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : anticholinergiques, antihistaminiques, prodopaminergiques, lithium, méthadone, buprénorphine, benzodiazépines.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Rispéridone 4 mg :** ½ cp le premier soir, soit 2 mg, puis augmentation progressive de la posologie par paliers de 2 mg (dose maximale : 16 mg/j). Favoriser la prise unique pour améliorer l'observance.

Ce traitement antipsychotique constitue ensuite le traitement de fond.

ou

• **Olanzapine** en une seule prise le soir : J1 10 mg le soir puis J2 15 mg le soir.

Ces posologies sont données à titre indicatif et doivent être ajustées à la réponse clinique dans le souci de la prescription de la dose minimale efficace. Ce traitement est prescrit au long cours.

Règles hygiénodiététiques

• *Consommation de cannabis à proscrire* (facteur favorisant les symptômes), tabagisme et consommation d'alcool fortement déconseillés.

• Suppression des aliments riches en sucres rapides et/ou graisses (sucre pur, confitures, sodas, gâteaux, charcuterie, frites, etc.). Ne pas accroître l'apport calorique entre les repas (risque de prise de poids par grignotage).

• Rythme de vie régulier, en particulier qualité du sommeil. Activité physique régulière.

Situations particulières

• *En cas de symptômes négatifs prédominants* (ou de syndrome métabolique) : **aripiprazole 10 mg**, 10 à 30 mg/j le matin.

Situations particulières (suite)

- *En cas de symptômes dépressifs associés* : **quétiapine LP 300 mg**, 1 cp le soir (majorer à 600 mg/j si absence de réponse clinique).
- *En cas de résistance au traitement* : **clozapine**, 600 mg/j (surveillance de la NFS hebdomadaire pendant 18 semaines ; puis surveillance mensuelle au long cours car risque d'agranulocytose).
- *En cas d'angoisse sévère, d'agressivité ou d'agitation*, associer un psychotrope sédatif :
  - **cyamémazine 100 mg :** 100 à 300 mg/j ;

  ou
  - **lorazépam 2,5 mg :** 2,5 à 7,5 mg/j.
- *En cas de mauvaise observance*, administration par voie IM d'un antipsychotique à action prolongée : **palipéridone**, 25 à 150 mg tous les 28 jours.
- *En cas de dyskinésies aigues*, les correcteurs anticholinergiques ne doivent être utilisés que très ponctuellement en raison de leur effet délétère sur la cognition : **trihexyphénidyle LP 5 mg**, 1 cp/j.

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement* : amélioration des symptômes, qualité de vie satisfaisante, rapport positif entre le bénéfice du traitement et les effets indésirables.
- *Des effets indésirables neurologiques* : akathisie, rigidité extrapyramidale, dyskinésies, *etc.*
- *Des effets indésirables métaboliques* : prise de poids, diabète, dyslipidémie (changer d'antipsychotique si l'IMC augmente de plus de 1 kg/m^2), *etc.*
- *Des effets indésirables endocriniens* : hyperprolactinémie, hyponatrémie (sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique-SIADH possible).

Schizophrénie

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Éducation thérapeutique : amélioration de la connaissance de la maladie et des traitements (amélioration de l'*insight*).
- Remédiation cognitive : amélioration du fonctionnement neurocognitif et/ou de la cognition sociale.
- Thérapie cognitivocomportementale : efficacité sur les symptômes positifs, notamment les hallucinations.
- Prise en charge des familles : éducation thérapeutique, thérapie systémique.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

S

Sécheresse buccale ou xérostomie

RAPPELS

Liée à un déficit de production salivaire, la xérostomie est un symptôme fréquent et parfois invalidant, en particulier chez les sujets âgés.

Diagnostic Aisé chez un patient qui se plaint « d'une bouche sèche » qui peut entraîner des troubles de l'élocution et/ou de la déglutition, une intolérance des prothèses dentaires, une malnutrition et une perte de poids, voire des troubles du sommeil et une altération de la qualité de vie. Il faut rechercher la responsabilité d'un médicament, une sécheresse oculaire associée (syndrome de Gougerot-Sjögren), une langue dépapillée (carences, en particulier en B12), une langue noire ou une chéilite (surinfection mycosique), des ATCD ORL (radiothérapie), une pathologie générale (neurologique, sarcoïdose, infections VIH, VHC, EBV) mais le trouble reste souvent inexpliqué (rôle de l'anxiété).

Objectif thérapeutique Soulager le symptôme, réduire les troubles fonctionnels associés et prendre en charge une éventuelle cause sous-jacente. Les agents parasympathomimétiques accroissent la production salivaire.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher un médicament responsable* par ses propriétés anticholinergiques ou sympathomimétiques : antidépresseurs tricycliques, antihistaminiques, benzodiazépines, bêtabloquants, neuroleptiques,

antiparkinsoniens, codéine, antispasmodiques, antidiarrhéiques, antihypertenseurs, etc.

• *Rechercher une contre-indication aux parasympathomimétiques* : asthme mal contrôlé, glaucome par fermeture de l'angle (examen ophtalmologique préalable au traitement), iridocyclite, grossesse (risque de contractions) et allaitement.

• *Recherche de terrains à risques* qu'il faudra surveiller : patients déshydratés, bronchopneumopathie chronique (accroissement des sécrétions bronchiques), affections cardiovasculaires (bradycardie, ralentissement de la conduction, troubles du rythme), ulcère peptique (acidité gastrique), lithiase biliaire, insuffisance rénale ou hépatique, troubles psychiatriques ou cognitifs (excitation), conducteurs et utilisateurs de machines (gêne visuelle).

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : anticholinergiques (antagonisme), médicaments bradycardisants ou favorisant les torsades de pointe (antiarythmiques en particulier bêtabloquants, neuroleptiques en particulier phénothiazines).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Pilocarpine orale 5 mg :** débuter par 1 cp à 5 mg à prendre avec un verre d'eau au moment des repas. Cette dose peut être augmentée progressivement jusqu'à l'obtention d'une posologie efficace (posologie maximale : 1 cp 4 fois/jour).
En l'absence d'amélioration après 3 mois, le traitement sera interrompu.

• **Artisial® flacon de 100 mL :** 1 pulvérisation buccale 4 à 8 fois/jour.

Règles hygiénodiététiques

• Ne pas dormir dans une chambre surchauffée et utiliser un humidificateur.

• Mâcher des gommes sans sucre qui stimulent la production de salive.

• Éviter la consommation d'aliments épicés, de caféine, d'alcool et de tabac.

• Assurer une hydratation suffisante (1 500 mL d'urines/24 h).

Situations particulières

• *Dans les xérostomies post-radiothérapiques*, la posologie de pilocarpine peut être portée à 10 mg 3 fois/jour après plusieurs semaines si la tolérance est bonne.

• *En cas de surinfection candidosique* : **fungizone suspension buvable 10 %,** 1 cuillère à café (500 mg) 3 à 4 fois/j en dehors des repas. Effectuer un bain de bouche avec la solution qui sera ensuite déglutie. **NB :** le traitement doit être poursuivi pendant 3 semaines pour assurer l'éradication du champignon (même si l'amélioration est plus rapide).

SURVEILLANCE

Des effets indésirables parasympathomimétiques : hypersudation, frissons, céphalées, nausées, rhinite, pollakiurie, diarrhée, sensations vertigineuses, vision floue. Mal tolérés, ils nécessitent une réduction des doses quotidiennes.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

Sécheresse vaginale

RAPPELS

Affectant près d'une femme sur six, la sécheresse vaginale peut survenir à tout moment de la vie, mais plus fréquemment après la ménopause où la prévalence peut atteindre 50 %, en conséquence de l'hypoestrogénie. Cette dernière entraîne, en plus de la baisse du flux sanguin vaginal et de la sécheresse vaginale, un amincissement de l'épithélium, une baisse de l'élasticité, une élévation du pH et une perturbation de la flore vaginale. D'autres situations d'hypoestrogénie peuvent être en cause, comme l'allaitement, les traitements entraînant une insuffisance ovarienne transitoire ou définitive (chimiothérapies, etc.), les traitements hormonaux hypoestrogéniants.

Diagnostic Clinique devant une dyspareunie, un prurit, une irritation ou une sensation de brûlure, des métrorragies post-coïtales liées à l'atrophie, et parfois un inconfort permanent. À l'examen peuvent être constatés des signes d'atrophie vulvovaginale : diminution des reliefs vulvaires, pâleur et finesse des muqueuses. Les reliefs des parois vaginales et du col peuvent également s'estomper.

Objectif thérapeutique Améliorer la lubrification vaginale, restaurer la flore et le pH vaginaux, et augmenter la résistance de l'épithélium vaginal aux infections et aux inflammations.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Éliminer les diagnostics différentiels pouvant être responsables de prurit vulvaire et de gêne locale* : certaines dermatoses vulvovaginales (en particulier le lichen), des lésions précancéreuses vulvaires et le cancer vulvaire peuvent se manifester par une symptomatologie proche, associée à une rougeur vulvaire, des zones épaissies, des ulcérations. En cas de doute diagnostique, une biopsie doit être envisagée.
- *Traitement des infections vaginales associées*, favorisées par le déséquilibre du pH vaginal.
- *Éliminer une contre-indication relative aux œstrogènes locaux* : antécédent de cancer hormonodépendant (en particulier sein ou endomètre).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- *Œstrogènes locaux par voie vaginale* : **promestriène (capsule gynécologique)** ou **estriol 0,5 mg (ovule)**, 1 capsule ou 1 ovule vaginal/j pendant 1 à 3 semaines (jusqu'à régression des symptômes), suivi d'un traitement d'entretien à 1 capsule vaginale (ou ovule) 2 fois par semaine.
- *Œstrogènes locaux sous forme de crème à appliquer sur la vulve* : **promestriène** ou **estriol 0,1 % crème gynécologique**, 1 application/j pendant 1 à 3 semaines (jusqu'à régression des symptômes), suivi d'un traitement d'entretien à 1 application 2 fois/semaine.

NB : il n'est pas nécessaire d'associer un progestatif dans ce contexte de traitement par œstrogènes à action locale.

Règles hygiénodiététiques

- Associer l'utilisation de lubrifiants (à base d'eau ou de silicone) au moment des rapports sexuels : de durée d'efficacité courte, leur but est de réduire les dyspareunies.
- Éviter l'utilisation locale de produits irritants (savons, parfums, etc.) et les toilettes trop fréquentes.
- L'utilisation de crèmes cicatrisantes ou apaisantes sur la vulve peut faciliter la régression des symptômes.

Situations particulières

- *En cas d'antécédent de cancer hormono-dépendant* (sécheresse vaginale favorisée par la fragilisation des muqueuses suite à la chimiothérapie, par l'insuffisance ovarienne transitoire ou définitive post-chimiothérapie et par l'hormonothérapie) : du fait d'un

Situations particulières (suite)

possible passage systémique des œstrogènes locaux, on prescrira en première intention un traitement non hormonal. Des traitements locaux non hormonaux contenant un polycarbophile ou de l'acide hyaluronique peuvent permettre une réduction de la gêne liée à la sécheresse vaginale. Leur utilisation doit être régulière (en règle 2 fois/semaine). Leur efficacité semble cependant inférieure à celle des traitements contenant des œstrogènes locaux : en cas d'échec, un œstrogène local pourra se discuter au cas par cas. On privilégiera alors un traitement au promestriène (*cf.* ci-avant), dont l'absorption semble particulièrement faible.

• *En cas de syndrome climatérique associé*, un traitement hormonal de la ménopause (THM) systémique peut être envisagé. Néanmoins, sous THM systémique, 10 à 20 % des femmes présentent toujours une symptomatologie vulvovaginale. Un traitement par œstrogènes locaux peut alors être associé à un THM systémique.

• *Dans les situations hors ménopause*, la sécheresse vaginale se résout souvent spontanément lorsque les taux d'œstradiol circulant se normalisent.

SURVEILLANCE

• Surveillance clinique : amélioration de la symptomatologie et de l'atrophie à l'examen. Le traitement par œstrogènes locaux ne modifie pas les modalités de la surveillance gynécologique classique.

• Surveillance clinique mammaire et gynécologique annuelle, frottis cervicovaginal tous les 3 ans, mammographie bilatérale tous les deux ans entre 50 et 74 ans.

• En cas de survenue de métrorragies, interrompre le traitement avant d'avoir pu établir un diagnostic.

Sevrage alcoolique

RAPPELS

L'alcoolisme est défini comme une perte de contrôle vis-à-vis de l'alcool avec persistance d'une consommation excessive en dépit des conséquences négatives. La distorsion de la perception de l'alcool et le déni des alcoolisations sont constants.

Diagnostic D'un syndrome de sevrage chez un sujet interrompant brutalement sa consommation d'alcool qui développe hyperactivité neurovégétative (sudation, élévation du rythme cardiaque), tremblements, insomnie, vomissements, hallucinations ou illusions visuelles transitoires, anxiété avec agitation voire crise comitiale. Au maximum, tableau de *delirium tremens* : grand état d'agitation confuso-onirique avec pronostic vital engagé (déshydratation intra- et extracellulaire, cétonurie, acidose métabolique et hypokaliémie). C'est une urgence thérapeutique.

Objectif thérapeutique Prévention de la déshydratation, des troubles du comportement et de la comitialité ; aide au sevrage en urgence et instauration d'un suivi au long cours pour la prévention des rechutes.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• Il n'y a aucune contre-indication au sevrage alcoolique mais, chez les patients gros consommateurs, la survenue possible d'un *delirium tremens* nécessite un sevrage en milieu hospitalier.

• *Recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : épilepsie, insuffisance hépatique (surtout si TP < 50 % et/ou ascite et/ou ictère), insuffisance respiratoire, intoxication massive et ancienne, antécédents d'accidents de sevrage, fréquence des signes de sevrage, patient alcoolisé, polyaddictions.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : benzodiazépines, anticonvulsivants, diurétiques, laxatifs, traitements hépatotoxiques, traitements abaissant le seuil épileptogène.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Hydratation orale** (au moins 3 L/24 h).

• **Vitamines B_1 (250 mg) + B6 (35 mg) :** 1 cp 3 fois/j.

• **Diazépam 5 mg :** J1 6 cp, soit 30 mg ; J2 5 cp puis diminution progressive d'un comprimé par jour jusqu'à arrêt (à J6). Ne pas prolonger l'administration de benzodiazépines (risque de dépendance).

Règles hygiénodiététiques (au long cours)

• Éviter les situations à risque de rechute.

• Rythme de vie régulier, pratique d'une activité physique.

• Éviter le tabagisme.

Situations particulières

• *En cas de symptômes sévères de sevrage*, hospitalisation indispensable et **vitaminothérapie injectable systématique** afin de prévenir d'éventuelles lésions cérébrales carentielles favorisées par l'administration de glucose :

– **Vitamine B_1 injectable 500 mg + vitamine B_6 injectable 250 mg** dans 125 mL de sérum salé isotonique à 0,9 % : une perfusion à passer en 30 minutes matin et soir ;

– **diazépam injectable :** 5 à 10 mg IV, à répéter toutes les heures jusqu'à l'obtention de la sédation désirée (objectif patient somnolent réveillable). Une surveillance étroite est nécessaire : conscience, fréquences respiratoire et cardiaque, oxymétrie, température, TA. Il faut absolument éviter un surdosage (chute tensionnelle, hypotonie musculaire, dépression respiratoire), qui nécessiterait l'utilisation de l'antidote des benzodiazépines :

Situations particulières (suite)

flumazénil, 0,3 mg par voie IV en 15 secondes puis titration par voie IV en milieu de soins intensifs, de manière à recouvrer un état où le patient est réveillable.

• *En cas d'insuffisance hépatique et/ou respiratoire sévère* : ne pas administrer systématiquement de benzodiazépines, adapter la prescription en fonction de la surveillance clinique.

• *D'autres déficits vitaminiques* sont souvent associés, à corriger également durant quelques semaines :
– vitamine PP ou B3 (pellagre) : **vitamine PP 500**, 2 cp/j ;
– vitamine C (scorbut) : **vitamine C 1 g**, 1 cp/j ;
– vitamine D (ostéoporomalacie) : **vitamine D_2, solution huileuse**, 1 ampoule buvable de 600 000 unités tous les 15 jours à 4 reprises.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement* : disparition rapide des symptômes de sevrage.

• Le sevrage alcoolique doit s'effectuer sous surveillance médicale. Des antécédents d'accidents de sevrage, une insuffisance hépatique, une épilepsie, un mauvais état général rendent nécessaire l'hospitalisation (risque vital).

MESURES COMPLÉMENTAIRES APRÈS SEVRAGE

• Entretiens motivationnels pour maintenir l'abstinence (ne pas stigmatiser les rechutes).

• Thérapie cognitivocomportementale centrée autour de la prévention du *craving* (envie irrépressible de consommer) et de la gestion du stress.

• Traitements réducteurs d'appétence (prescription pour 3 mois puis arrêt progressif) :
– **acamprosate :** 2 cp matin, midi et soir, à distance des repas. Contre-indication si insuffisance rénale ; non recommandé si insuffisance hépatique sévère ;
ou
– **naltrexone :** 1 cp/j. Contre-indications : insuffisance hépatique et/ou rénale, dépendance aux opiacés, grossesse et allaitement.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

S

Sevrage d'une dépendance aux opiacés

RAPPELS

Les opiacés sont consommés *per os*, fumés, inhalés ou injectés. On compte environ 160 000 héroïnomanes en France dont la moitié suivent un traitement substitutif. Actuellement, la consommation s'intègre plutôt dans le cadre d'une polytoxicomanie. Les complications sont nombreuses : infectieuses (VIH, hépatite C, endocardites), neurologiques (convulsions), psychiatriques (troubles anxiodépressifs) et sociojudiciaires (vol, prostitution, incarcérations, *etc.*). L'overdose est une urgence thérapeutique qui engage le pronostic vital.

Objectif thérapeutique Aide au sevrage, contrôle des rechutes, aide à la resocialisation. Un bon partenariat médecin/pharmacien aide à la qualité du sevrage. Une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire et les aspects sanitaires sont au premier plan (usage de Stéribox®, trousse de réduction des risques destinée aux usagers de drogues par voie injectable).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications* : il n'y a aucune contre-indication au sevrage des opiacés mais l'association des produits de substitution est contre-indiquée avec les benzodiazépines et les traitements morphiniques, ainsi qu'avec les IMAO et la naltrexone. De plus, la buprénorphine ne doit pas être associée à la méthadone.

• *Recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : épilepsie, insuffisance hépatique, insuffisance respiratoire, intoxication massive et ancienne, alcoolisme, polyaddiction, consommation par voie veineuse, marginalisation, séropositivité pour le VIH et/ou l'hépatite C. La substitution est possible durant la grossesse.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : anticonvulsivants, antipsychotiques, antidépresseurs, traitements hépatotoxiques, traitements dépresseurs respiratoires, thérapie antirétrovirale.

• Nécessité d'une *information sur les risques liés au mésusage* (injections) des produits de substitution.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

La prescription de buprénorphine impose une ordonnance sécurisée, une rédaction de la posologie en toutes lettres et une durée maximale de 28 jours, sans mention de renouvellement.

• **Buprénorphine (Subutex®) 0,4 mg :** usage sublingual en une prise le matin, au moins quatre heures après la dernière prise d'opiacés.
Posologie à adapter en fonction de la sévérité de l'intoxication (maximum : 2 mg/j lors de la première prise) puis majoration par paliers progressifs en fonction du patient (posologies moyennes entre 8 et 16 mg/j). Délivrance quotidienne par la pharmacie dans un premier temps, puis par fractions de 7 jours au maximum (à préciser sur l'ordonnance) :
– J1 et J2 : 2 cp (soit 0,8 mg) ;
– J3 et J4 : 4 cp (soit 1,6 mg).

• **Buprénorphine (Subutex®) 2 mg :**
– J5 et J6 : 1 cp (soit 2 mg) ;
– J7 et suivants : 2 cp (soit 4 mg).

• Ces posologies sont données à titre indicatif et doivent être adaptées au patient. La forme **buprénorphine (Subutex®) 8 mg** sera utilisée pour les posologies supérieures.

• Lorsque l'état est stabilisé, la posologie des traitements de substitution doit être diminuée jusqu'à l'arrêt du traitement.

Règles hygiénodiététiques (au long cours)

• Éviter les situations à risque de rechute.

• Rythme de vie régulier, pratique d'une activité physique.

• Proscrire la consommation d'alcool, limiter la consommation de benzodiazépines.

Situations particulières

- *En cas de douleurs* : **paracétamol 1 000 mg,** 1 à 4 cp/j (posologie maximale).
- *En cas de troubles fonctionnels digestifs* : **phloroglucinol lyoc 80 mg,** 2 lyocs 2 à 3 fois/j.
- *Si anxiété ou agitation,* limiter le recours aux benzodiazépines : **cyamémazine 25 mg,** 1 à 4 cp/j.
- *Si intoxication majeure* (avec consommation intraveineuse), nécessité de prise en charge par un centre spécialisé. La prescription de méthadone impose une ordonnance sécurisée, une rédaction de la posologie en toutes lettres et une durée maximale de 14 jours (28 jours pour les gélules utilisées en relais) : **méthadone chlorhydrate sirop (unidoses de 5 à 60 mg) :** en une prise quotidienne unique, posologie de 20 à 100 mg à atteindre par paliers successifs, avec une délivrance initiale fractionnée sur 7 jours.

SURVEILLANCE

- Une surveillance médicale rapprochée est indispensable. Des antécédents d'accidents de sevrage, une insuffisance hépatique, une épilepsie, un mauvais état général rendent l'hospitalisation nécessaire (tension artérielle, rythme cardiaque, conscience, mydriase, fréquence respiratoire, tremblements).
- De l'efficacité du traitement : disparition rapide des symptômes de sevrage.
- De l'apparition d'épisodes de *craving*, envie irrépressible de consommation, en particulier lors des phases de réduction du traitement de substitution.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Entretiens motivationnels pour maintenir l'abstinence (ne pas stigmatiser les rechutes).
- Thérapie cognitivocomportementale centrée autour de la prévention du *craving* et de la gestion du stress.
- Prise en charge des complications sociales et démarches de réinsertion.

NOTES PERSONNELLES

Sevrage tabagique

RAPPELS

La nicotine est la substance principalement impliquée dans la dépendance. Le tabagisme touche 40 % des hommes et 30 % des femmes.

Diagnostic D'un syndrome de sevrage devant un besoin impérieux de fumer quelques heures après la dernière prise, irritabilité, agressivité, frustration et baisse des performances cognitives, dépression. Il existe un retentissement somatique du sevrage : troubles du sommeil, augmentation de l'appétit et prise de poids. La réduction progressive des signes de sevrage s'effectue spontanément mais parfois sur plusieurs mois.

Objectif thérapeutique Limiter les symptômes de sevrage, favoriser l'abstinence, éviter la rechute. Parfois, l'objectif n'est qu'une réduction de la consommation en cas de dépendance massive et d'atteinte somatique.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Bilan cardiologique et pneumologique si consommation ancienne :* ECG, épreuve d'effort, EFR et radio pulmonaire.

• Il n'y a aucune contre-indication à une procédure médicalisée de sevrage tabagique mais il faut *rechercher la persistance d'une intoxication tabagique encore active pendant le traitement* qui favorise un risque de surdosage en nicotine.

• Les posologies du traitement substitutif sont à adapter en fonction du degré de dépendance évalué par le **test de Fagerström à 6 questions**.

– *Dans quel délai fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?*
Moins de 5 minutes : ......3 | 31 à 60 minutes : 1
6 à 30 minutes : ....2 | Après 60 minutes : 0

– *Avez-vous des difficultés pour ne pas fumer dans les endroits interdits ?*
Oui : ....1 | Non : 0

– *Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?*
La première : ....1 | Une autre : 0

– *Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?*
10 ou moins : ....0 | 21 à 30 : 2
11 à 20 : ....1 | 31 ou plus : 4

– *Fumez-vous de façon rapprochée ?*
Oui : ....1 | Non : 0

– *Fumez-vous lorsque vous êtes malade et devez rester couché toute la journée ?*
Oui : ....1 | Non : 0

Résultats :

– *score de 0 à 2* : pas de dépendance. Il est possible d'arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Il faut être vigilant et se débarrasser rapidement de l'habitude de fumer dès que l'envie survient : boire un verre d'eau, manger une pomme, avoir une activité sportive ;

– *score de 3 à 4* : dépendance faible. Il est possible d'arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques, mais la vigilance s'impose et les substituts nicotiniques peuvent être conseillés si l'arrêt du tabac est impossible seul ;

– *score de 5 à 6* : dépendance moyenne. L'utilisation des substituts nicotiniques est recommandée ;

– *score de 7 à 10* : dépendance forte ou très forte. La consultation d'un tabacologue est recommandée, qui conseillera des substituts nicotiniques ou un médicament.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Nicotine percutanée :*
– **patchs 21 mg :** 1 patch/24 h pendant 2 semaines ;
puis
– **patchs 14 mg :** 1 patch/24 h pendant 2 semaines ;
puis
– **patchs 7 mg :** 1 patch/24 h pendant 2 semaines.
La durée totale du traitement substitutif est de 6 à 8 semaines.
ou

• *Nicotine perlinguale :* **gommes 4 mg**, 1 gomme à mastiquer lentement lors d'une envie de fumer, soit 3 à 12 gommes/j (maximum 15/j).
La durée totale du traitement substitutif est de 6 à 8 semaines.
Ne pas laisser ces présentations de nicotine à portée des enfants.
Ne pas dépasser les doses prescrites et éviter une intoxication tabagique conjointe.

Règles hygiénodiététiques (au long cours)

• Éviter les situations à risque de rechute, notamment la consommation d'alcool ou de café.

• Rythme de vie régulier, pratique régulière d'une activité physique.

• Alimentation équilibrée, éviter les grignotages.

• L'utilisation de cigarettes électroniques peut favoriser le sevrage.

Situations particulières

• *En cas de dépendance majeure :* associer dispositif transdermique + gommes (**patchs 21 mg + gommes 4 mg**) au besoin.

Situations particulières (suite)

Dans ce cas, la décroissance du traitement doit être plus progressive et la durée totale peut dépasser 8 semaines.

• *En cas d'échec de la substitution nicotinique :* **bupropion LP 150 mg**, 1 cp/j pendant 6 jours puis 2 cp/j (300 mg) espacés d'au moins 8 heures, pendant 7 à 9 semaines. Utilisation prudente chez la personne âgée et en cas d'insuffisance rénale ou hépatique : ne pas dépasser 150 mg.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : disparition rapide des symptômes de sevrage.

• Des effets secondaires des dispositifs transdermiques : érythème du site de fixation, hyperonirisme.

• Des effets secondaires des gommes : sécheresse buccale, dyspepsie, gastrite.

• Des signes de sous-dosage en nicotine (symptômes de sevrage) et *des signes de surdosage* (insomnie, céphalées, palpitations, sécheresse buccale, douleurs abdominales, nausées, diarrhée).

• Surveillance du poids.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

• Entretiens motivationnels pour éviter la rechute.

• Thérapies aversives.

• Technique de réduction des apports (peu efficace pour un sevrage complet mais intérêt si sevrage impossible).

Sinusite aiguë

RAPPELS

Infection aiguë d'une ou plusieurs cavités sinusiennes, d'origine virale ou bactérienne, compliquant le plus fréquemment une rhinite aiguë. Les sinusites bactériennes sont habituellement dues au pneumocoque, à *Haemophilus influenzae* et à *Branhamella catarrhalis*. Plus rarement, la sinusite correspond à la propagation d'une infection dentaire avec, en plus des germes précédents, la possibilité de germes anaérobies.

Diagnostic clinique Mais la difficulté est d'éviter de porter le diagnostic de sinusite bactérienne par excès devant une rhinopharyngite car les sinusalgies correspondent à une congestion des méats sinusiens et sont souvent spontanément résolutives. L'aspect puriforme de la rhinorrhée est habituel pendant quelques jours et ne correspond pas à une surinfection.

La *sinusite maxillaire aiguë* est la plus fréquente, associant une douleur unilatérale sous-orbitaire, accrue par l'effort et les procubitus. On retrouve du même côté une obstruction nasale, un mouchage muqueux voire mucopurulent, parfois hémorragique, et un fébricule. On peut observer du pus dans le pharynx par écoulement postérieur et on doit rechercher des complications neuro-méningo-ophtalmologiques, en fait rares. Il faut savoir reconnaître des tableaux moins typiques en s'aidant de critères diagnostiques qui signent une surinfection bactérienne conduisant à la prescription d'antibiotiques :

– persistance des douleurs sous-orbitaires pendant au moins 48 h malgré un traitement symptomatique ;

– caractère unilatéral de la douleur, pulsatile, augmentant lors de la position tête penchée en avant;

– augmentation de la rhinorrhée et/ou augmentation de la purulence de celle-ci.

Si au moins 2 des 3 critères sont présents, la surinfection bactérienne est à retenir. À côté de ces critères majeurs, il existe des critères mineurs qui renforcent la suspicion diagnostique :

– persistance de la fièvre au-delà de 72 h;

– obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée persistant au-delà des quelques jours d'évolution habituelle d'une rhinopharyngite virale.

Une radiographie simple n'est plus indiquée si la présomption clinique est forte, mais en cas de doute, un scanner sinusien rapide est utile.

Il faut savoir reconnaître :

– des formes cliniques plus rares de sinusite frontale, sphénoïdale ou ethmoïdale (le plus souvent chez l'enfant) (Tableau 1);

– la sinusite bloquée maxillaire ou frontale, responsable d'un tableau hyperalgique. L'absence d'amélioration malgré le traitement médical nécessite un avis ORL rapide;

– les formes récidivantes ou traînantes doivent faire rechercher une cause dentaire ou locorégionale nécessitant une imagerie par scanner voire IRM;

– les atteintes sinusiennes chroniques bilatérales sont responsables de poussées de surinfection aiguë mais nécessitent la recherche d'une polypose rhinosinusienne ou d'une allergie.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur, prévenir les complications et guérir l'infection.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher une allergie aux pénicillines.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance chez un adulte

Le traitement repose sur une antibiothérapie ciblant les principales bactéries impliquées dans les sinusites (Tableau 2), une corticothérapie en cure courte, des antalgiques/antipyrétiques. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens n'ont pas d'indication et les antibiotiques locaux de même que les aérosols ne sont pas recommandés.

- **Amoxicilline :** 1 g 3 fois/j durant 7 à 10 jours.
- **Prednisone :** 0,80 mg/kg/j en 1 prise le matin pendant 3 jours.
- **Paracétamol :** 1 g 3 fois/j durant la phase douloureuse (dose max : 4 g/j).

Tableau 1 – **Formes cliniques des sinusites purulentes aiguës et choix de l'antibiothérapie.**

Sinusite	Symptômes	Choix de l'antibiothérapie
Maxillaire	Douleur sous-orbitaire augmentée par le procubitus, mouchage purulent	Amoxicilline en premier choix Amoxicilline-acide clavulanique si échec ou si sinusite d'origine dentaire Céphalosporines orales 2e et 3e génération si allergie à la pénicilline Pristinamycine si contre-indication aux β-lactamines
Frontale	Céphalées sus-orbitaires	Amoxicilline-acide clavulanique ou Lévofloxacine
Ethmoïdale	Céphalées rétro-orbitaires, comblement de l'angle interne de l'œil	Amoxicilline-acide clavulanique ou Lévofloxacine

Ordonnance chez un adulte (suite)

Sinusite	Symptômes	Choix de l'antibiothérapie
Sphénoïdale	Céphalées rétro-orbitaires et du vertex	Amoxicilline-acide clavulanique ou Lévofloxacine

Tableau 2 – **Traitement antibiotiques utilisables dans les sinusites purulentes aiguës.**

Antibiotiques		Posologies	Durée de traitement
β-lactamines	Amoxicilline	A : 3 g/j en 3 prises E : 100 mg/kg/j en 2 ou 3 prises	7 à 10 jours
	Amoxicilline-acide clavulanique	A : 3 g/j en 3 prises	7 à 10 jours
	C2G : céfuroxime-axétil	A : 250 mg/12 h	5 jours
	G3G : céfotiam	A : 200 mg/12 h	5 jours
	C3G : cefpodoxime	A : 200 mg/12 h E : 8 mg/kg/j en 2 prises	5 jours 8 jours
Pristinamycine		A : 2 g/j en 2 prises	4 jours
Fluoroquinolones antipneumococcique – réservées aux localisations autres que maxillaire ou après échec d'une première antibiothérapie **après** documentation bactériologique	Lévofloxacine	A : 500 mg/j en 1 prise	10 jours
	Moxifloxacine	A : 400 mg /j en 1 prise	10 jours

Situations particulières

- *En cas d'échec thérapeutique*, l'association **amoxicilline-acide clavulanique** est privilégiée : 1 g 3 fois/j pendant 7 à 10 jours.
- *En cas de sinusite aiguë maxillaire d'origine dentaire*, l'association **amoxicilline-acide clavulanique** est privilégiée : 1 g 3 fois/j pendant 7 à 10 jours.
- *En cas d'allergie à la pénicilline* sans allergie aux céphalosporines, les céphalosporines de 2ᵉ et 3ᵉ génération orales peuvent être proposées. La pristinamycine est une alternative en cas de contre-indication aux β-lactamines.
- *Dans les situations cliniques sévères*, en particulier les sinusites frontales, sphénoïdales, ethmoïdales ou les pansinusites, les fluoroquinolones à activité antipneumococcique : **lévofloxacine**, 500 mg/j en 1 prise, ou **moxifloxacine**, 400 mg/j en 1 prise, peuvent être utilisées d'emblée.

NOTES PERSONNELLES

Splénectomie : prévention des infections

RAPPELS

La prévention des infections concerne les patients porteurs d'une asplénie anatomique ou fonctionnelle, qu'elle soit congénitale (drépanocytose par exemple) ou acquise (accident ou splénectomie programmée – 6 000 à 9 000 patients/an en France, dont 50 % d'adultes).

Les germes les plus fréquemment impliqués sont *Streptococcus pneumoniae* (50 à 90 %), *Haemophilus influenzae* capsulé (10 à 15 %) et *Neisseria meningitidis*.

La prévention des infections chez ces patients repose sur la vaccination et l'antibioprophylaxie.

PRESCRIPTIONS

Vaccination

- *En cas de splénectomie programmée*, la vaccination peut être débutée 2 mois avant la chirurgie mais au moins 2 semaines avant l'intervention.
- *En cas de splénectomie urgente*, on attendra 2 semaines après l'intervention pour vacciner.
- Quatre vaccinations sont utiles (Tableau 1).

Antibioprophylaxie

- **Pénicilline V :**
- adultes : 2 M UI/j ;
- enfants < 40 kg : 50 000 UI/kg/j ;
- nourrissons < 10 kg : 100 000 UI/kg/j ;

en 2 prises/j.

- *En cas d'allergie vraie aux pénicillines*, **roxithromycine 150 mg :**
- adultes : 300 mg/j ;
- enfants < 40 kg : 200 mg/j ;
- enfants < 23 kg : 100 mg/j ;
- nourrissons < 11 kg : 50 mg/j ;

en 2 prises/j, 15 min avant les repas.

Associations déconseillées : carbamazépine, colchicine, théophylline, midazolam, lincosanides, bromocriptine, tacrolimus, disopyramide.

L'antibiothérapie sera poursuivie durant 5 ans en postopératoire.

Tableau 1 – Vaccination en prévention des infections post-splénectomie.

Vaccins	Schéma de vaccination
Pneumocoque Vaccin conjugué 13-valent Vaccin polyosidique 23-valent	N : 3 inj. du vaccin conjugué (M2-M3-M4) et rappel à 11 mois puis vaccin polyosidique non conjugué à partir de l'âge de 2 ans E : entre 2-5 ans non vacciné auparavant (rattrapage) : 2 inj. du vaccin conjugué à 2 mois d'intervalle suivies 2 mois après d'1 inj. de vaccin polyosidique non conjugué E > 5 ans et A : 1 dose de vaccin conjugué suivie d'1 dose de vaccin polyosidique 23-valent au moins 2 mois après la dose de vaccin 13-valent
Méningocoque C Vaccin conjugué monovalent C Vaccin tétravalent conjugué A+C+Y+W135	N jusqu'à 12 mois : 2 doses du vaccin méningococcique conjugué monovalent à M2, M4 et rappel à 12 mois avec 1 dose de vaccin tétravalent E entre 1 et 2 ans : 1 dose du vaccin méningococcique conjugué monovalent C, suivie d'1 dose de vaccin méningococcique conjugué tétravalent à 2 mois d'intervalle E > 2 ans et adulte : 1 dose de vaccin méningococcique tétravalent conjugué
***Haemophilus influenzae* de type b**	E < 5 ans : schéma renforcé avec un vaccin combiné 3 doses à M2, M3 et M4 et 1 rappel à 11 mois Pour les enfants non vaccinés auparavant, rattrapage par un vaccin monovalent : - entre 6 et 12 mois : 2 doses et 1 rappel - entre 12 mois et 5 ans : 1 seule dose E > 5 ans et A non vaccinés : 1 dose.
Grippe Vaccination recommandée car risque accru d'une infection par une bactérie capsulée au décours de l'infection par le virus influenzae	Pour tous les patients dès l'âge de 6 mois : vaccination annuelle

NOTES PERSONNELLES

Spondylarthrite ankylosante

RAPPELS

La spondylarthrite ankylosante, dénommée actuellement spondyloarthrite, est un rhumatisme inflammatoire chronique lié à une inflammation des enthèses (zone d'insertion d'un ligament ou d'un tendon dans un os) qui peut toucher le rachis, les articulations sacro-iliaques et les articulations périphériques. Cette inflammation fait ensuite le lit d'une ossification des enthèses qui conduit à une ankylose avec une réduction des capacités fonctionnelles rachidiennes et articulaires.

Diagnostic Tableau clinique de douleurs inflammatoires du rachis et des articulations sacro-iliaques, s'accompagnant d'une raideur matinale prolongée. La spondyloarthrite évolue par poussées et peut toucher aussi les articulations périphériques et les enthèses avec sternalgies, talalgies, lombofessalgies uni- ou bilatérales à bascule, pouvant s'accompagner de manifestations extra-articulaires (uvéite, aortite, myocardite). Le syndrome inflammatoire biologique est en général peu marqué voire absent. Le groupe tissulaire HLA B27, présent chez 8 % de la population générale, est observé chez 85 % des patients. Les radiographies standard montrent des signes pathognomoniques au rachis et aux articulations sacro-iliaques mais qui sont souvent retardés de plusieurs années. L'IRM des sacro-iliaques et du rachis, et l'échographie des enthèses, permettent un diagnostic iconographique plus précoce.

Objectif thérapeutique

- À court terme : soulagement de la douleur et amélioration de la raideur clinique ressentie.
- À long terme : prévention de l'ankylose et maintien des capacités fonctionnelles.

➡ *Le traitement doit associer une kinésithérapie appropriée, des antalgiques et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). En cas d'insuffisance d'efficacité, traitement de fond de type méthotrexate ou sulfasalazine pour les formes périphériques (aucune efficacité sur les formes axiales), et en cas d'échec, dans les formes sévères et évolutives, recours aux biothérapies anti-TNF alpha.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications aux AINS, au méthotrexate, à la sulfasalazine, ou aux biothérapies,* notamment pathologies infectieuses évolutives (viroses, tuberculose, infections bactériennes), ulcères digestifs évolutifs, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.
- *Recherche d'un terrain à risque* : diabète, antécédent d'ulcère digestif, tuberculose latente, sujet non à jour de ses vaccinations.
- *Recherche d'associations déconseillées* : aspirine à forte dose, triméthoprime, phénytoïne, probénécide, vaccins vivants.
- *Test de grossesse préthérapeutique et contraception efficace* obligatoire durant un traitement de méthotrexate et/ou une biothérapie et les 6 mois suivant leur interruption.
- *Recherche d'un foyer infectieux,* en particulier tuberculose (test Quantiféron®), hépatites (sérologies B et C) avant mise sous biothérapie.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Naproxène 550 mg :** 1 cp matin et soir au repas.
- **Exercices quotidiens** de postures rachidiennes et d'étirement du rachis et des membres inférieurs, comme appris en séances de kinésithérapie.

Ordonnance de kinésithérapie

Faire réaliser 20 séances de kinésithérapie pour rééducation globale d'une spondyloarthrite : travail postural rachidien et articulaire, exercices d'autoagrandissement, exercices d'étirement et d'assouplissement du rachis et des membres, renforcement isométrique des muscles paravertébraux et abdominaux, travail de l'ampliation thoracique avec renforcement des muscles respiratoires.

Règles hygiénodiététiques

- Activité physique régulière en privilégiant les activités de type vélo, natation, aquagym.
- Programme régulier d'autorééducation : travail de postures rachidiennes et articulaires, entretien musculaire, selon les techniques apprises en kinésithérapie.

Situations particulières

En cas d'évolution sévère (douleur et ankylose, apparition de signes radiographiques notamment des syndesmophytes), recours aux biothérapies de type anti-TNF alpha. La prescription d'un anti-TNF est effectuée sur une « ordonnance de médicament d'exception » et par un spécialiste (prescription initiale hospitalière) : **adalimumab stylo auto-injectable à 40 mg**, 1 injection sous-cutanée toutes les 2 semaines.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement* : amélioration de la douleur évaluée par une échelle visuelle analogique ou une échelle numérique, surveillance des tests cliniques paramétriques : distance doigts-sol, indice de Schobert, ampliation thoracique, distance menton-sternum, distance occiput-mur. Surveillance biologique inflammatoire et éventuellement radiographique et/ou échographique.

• *Des effets indésirables :*
– liés aux AINS : troubles digestifs, hypertension, insuffisance rénale, cytolyse, anémie, *etc.* ;
– liés au méthotrexate : risque hépatique à fortes doses et de pneumopathie interstitielle (→ interruption du traitement en cas de symptômes respiratoires). Bilan biologique mensuel comprenant NFS, VS, CRP, transaminases et créatininémie ;
– liés aux anti-TNF : recherche de foyers infectieux en particulier tuberculose. Il est recommandé d'interrompre le traitement 2 semaines avant une intervention programmée.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....



Syphilis primaire

RAPPELS

Infection due à *Treponema pallidum* dont la transmission s'effectue dans > 90 % des cas par voie sexuelle mais également transplacentaire. Le risque au cours d'un rapport possiblement contaminant est estimé à 30 %. L'histoire naturelle de la maladie comporte :
– une phase précoce (moins d'1 an) qui est contagieuse avec une période primaire associant chancre et adénopathie indolore puis une période secondaire associant lésions cutanéomuqueuses disséminées et adénopathies ;
– une phase tardive (plus d'1 an) non contagieuse avec une période de latence et une période tertiaire inconstante caractérisée par des manifestations plus disséminées en particulier neurologiques, vasculaires, etc.

Diagnostic Les principaux signes cliniques devant évoquer la maladie sont le chancre syphilitique, une éruption cutanée ou des adénopathies. Après une incubation moyenne de 21 jours, le chancre d'inoculation est constant mais peut passer inaperçu : ulcération superficielle de 5 à 20 mm de diamètre, bien circonscrite, indolore, dont la surface est propre et la base indurée. Chez l'homme, il est le plus souvent situé au niveau du sillon balanopréputial, parfois du méat ou du prépuce. Chez la femme, il est plutôt vulvaire. Dans les deux sexes, il peut se situer au niveau oropharyngé (lèvres, amygdales, langue, *etc.*) ou anal. Il existe constamment une adénopathie satellite. Non traitée, la lésion régresse spontanément en 4 à 6 semaines.

Le diagnostic biologique indirect repose sur le TPHA et le VDRL. Le TPHA est positif une semaine après le chancre avec une sensibilité de 100 %. Le VDRL est positif après 15 jours avec une sensibilité de 60 à 99 % selon la durée d'évolution du chancre.

Objectif thérapeutique Guérir l'infection en évitant le passage à la phase secondaire et prévenir les contaminations.

➠ *Un diagnostic de syphilis primaire impose de dépister les autres infections sexuellement transmissibles : gonococcie, VIH, herpès, hépatite B, chlamydiae, mycoplasme, trichomonas, condylomes.*

➠ *Le traitement de la syphilis primaire est basé sur la pénicilline G.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher une allergie connue aux pénicillines.

NOTES PERSONNELLES

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Benzathine-benzylpénicilline 2,4 M UI : 1 injection intramusculaire unique (associée dans la même seringue avec 1 cuillère à café de Xylocaïne® à 1 %).

Situations particulières

En cas d'allergie à la pénicilline, on peut utiliser : **doxycycline**, 200 mg/j en 1 prise quotidienne pendant 14 jours.

SURVEILLANCE

- Les sujets contacts doivent être examinés et traités.
- La surveillance biologique de l'efficacité du traitement s'effectue par le VDRL quantitatif : 3 mois après le traitement, division du titre par 4, et 6 mois après le traitement, division du titre par 16. En l'absence de décroissance, le traitement doit être renouvelé. Une recontamination entraîne une remontée du titre (la syphilis n'est pas immunisante).

NOTES PERSONNELLES

....

Règles hygiénodiététiques (suite)

- Pour les bouffées vasomotrices : éviter les repas épicés et la consommation d'alcool.

Situations particulières

- *En cas d'antécédent d'hystérectomie,* le THM est réduit à un **estrogène** seul.
- *Dans la prévention de l'ostéoporose,* débuter le traitement à 50 µg d'estradiol/24 h, et augmenter la posologie quotidienne d'estradiol selon la symptomatologie.
- *En cas de sécheresse vaginale,* isolée ou persistante sous THM, un traitement local pourra être prescrit, soit par gel non hormonal (**Replens® :** 1 application 2 à 3 fois/semaine), soit par **estrogènes** locaux (**estriol ou promestriène en crème et/ou ovules :** 2 applications et/ou ovules/semaine).
- *En cas d'insuffisance ovarienne prématurée,* la prise d'un THM est recommandée au moins jusqu'à l'âge de 45 ans.

SURVEILLANCE

- Surveillance clinique, mammaire et gynécologique annuelle, mammographie bilatérale tous les deux ans, frottis cervicovaginal tous les trois ans jusqu'à 65 ans et bilan métabolique tous les cinq ans.
- La posologie du traitement doit être adaptée en fonction de la symptomatologie :
  - en cas de symptômes d'hyperestrogénie (mastodynies, nausées, irritabilité, insuffisance veineuse), réduire la posologie quotidienne de 17-bêta-estradiol ;
  - en cas de symptômes d'hypoestrogénie (bouffées vasomotrices, sécheresse vaginale), augmenter la posologie quotidienne de 17-bêta-estradiol.

- Le traitement devant être prescrit pendant une durée limitée, la balance bénéfice/risque doit être réévaluée régulièrement.
- En cas de métrorragies, interrompre le traitement avant d'avoir pu établir un diagnostic.
- Le traitement doit être arrêté en cas de survenue d'une contre-indication ou d'une augmentation significative de la tension artérielle ou de céphalées inhabituelles.

NOTES PERSONNELLES

T

Tachycardies jonctionnelles ou rythmes réciproques

RAPPELS

Historiquement regroupées sous le terme de maladie de Bouveret, les tachycardies jonctionnelles (TJ) évoluent par crises, typiquement régulières à QRS fins, aux alentours de 180-200/min en l'absence de traitement antiarythmique. Débutant volontiers chez un adulte jeune à cœur sain, elles possèdent le plus souvent un caractère bénin.

Diagnostic Évoqué cliniquement devant des accès de palpitations à début brusque (sensation de « déclic »), de durée variable (quelques minutes à plusieurs heures) et une fin brutale (parfois déclic et débâcle polyurique), spontanée ou stoppée par les manœuvres vagales. Plus rarement des douleurs thoraciques, une oppression, une crise d'angoisse ou une syncope peuvent révéler la crise.

Sur le plan physiopathologique, il faut distinguer :
– **les tachycardies nodales ou par réentrée intranodale :** un circuit de conduction circulaire s'organise entre une voie lente et une voie rapide dans le nœud atrioventriculaire (NAV). Chaque QRS est suivi d'une onde P rétrograde négative dans les dérivations inférieures. L'ECG après régularisation est normal ;
– **les tachycardies par rythme réciproque orthodromique :** un circuit de réentrée s'organise entre le NAV, les ventricules, un faisceau accessoire (dit de Kent), les atriums puis le NAV. Chaque QRS est suivi d'une onde P rétrograde négative dans les dérivations inférieures. L'ECG après réduction montre un aspect de Wolf-Parkinson-White (PR court, onde delta de préexcitation, troubles de repolarisation) ; parfois le QRS

est normal, il peut s'agit d'une voie accessoire à conduction rétrograde exclusive ;
– rarement, les TJ se manifestent par des **tachycardies à QRS larges** (attention : le premier diagnostic à évoquer est alors une tachycardie ventriculaire !) :
- lorsque la TJ est associée à un bloc de branche préexistant organique (persistant) ou fonctionnel (régressif à l'arrêt de la crise),
- lorsque le circuit de réentrée s'organise en sens inverse (antidromique) entre un faisceau accessoire de Kent, les ventricules, le NAV, les atriums puis le faisceau de Kent.

→ ***Attention !*** *Une élévation de troponine hypersensible est fréquente après une TJ prolongée et ne doit donc pas être interprétée comme un syndrome coronaire aigu !*

Objectif thérapeutique

• Interrompre la crise pour soulager le patient en bloquant la conduction dans le NAV par stimulation vagale.

• Prévenir les récidives par des antiarythmiques en fonction de la fréquence et de l'intensité des crises.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• Recherche de patients à risques pour le massage carotidien : ATCD vasculaires, possible sténose carotidienne.

• Recherche de contre-indications :
– adénosine : asthme, BAV 2e et 3e degrés ;
– diltiazem, bêtabloquants, vérapamil : insuffisance cardiaque, BAV 2e ou 3e degré, hypotension artérielle, grossesse et allaitement.

PRESCRIPTIONS

Il est nécessaire de **rassurer le patient sur le caractère bénin** de ces crises de tachycardies.

Ordonnance de traitement simple de la crise de tachycardie

Dans tous les cas, le patient doit être allongé car une brève pause ventriculaire peut survenir à l'arrêt de la tachycardie.

• **Stimulation vagale par le patient lui-même :** manœuvre de Valsalva (expiration forcée à glotte fermée pendant 15 secondes), réflexes nauséeux, ingestion d'eau glacée (≈ 20 % de retour en rythme sinusal en 1 minute).

• **Stimulation vagale par le médecin :** massage du sinus carotidien ou manœuvre de Valsalva modifiée → surélévation des jambes à 45° pendant 15 secondes après l'expiration à glotte fermée (≈ 40-50 % de retour en 1 minute).

Ordonnance en cas d'échec des manœuvres vagales

Il faut recourir à l'utilisation de médicaments par voie intraveineuse (utilisables chez la femme enceinte) :
– **adénosine triphosphate 20 mg/2 mL :** 10 mg en bolus IVD et, si nécessaire, 20 mg en bolus IVD au bout de 2 minutes,
ou
– **adénosine 6 mg/2 mL :** 3 mg en bolus IVD et, si nécessaire, 6 mg puis 12 mg toutes les 2 minutes.
Ces injections nécessitent un monitoring ECG continu et une ampoule d'**atropine 1 mg** (voie IVD) sera préparée en cas de bloc sinusal prolongé.

Ordonnance de traitement préventif des crises (suite)

Ordonnance de traitement préventif des crises

Il nécessite un traitement chronique pour des crises épisodiques plus ou moins fréquentes par un traitement antiarythmique dont l'efficacité est inconstante avec des effets secondaires potentiels (effets proarythmiques en particulier). L'analyse du rapport bénéfice/risque doit être soigneusement pesée.

• *Si les crises sont prolongées mais rares avec des symptômes modérés, sur cœur sain et en l'absence de pré-excitation,* la stratégie « pill in the pocket » est proposée : **diltiazem 120 mg,** 1 cp associé à **propranolol 80 mg**, 1 gél. en cas de crise prolongée, sans traitement au long cours.

• *Si des crises sont plus fréquentes et mal contrôlées :*

– **vérapamil LP 240 mg :** 1 cp/j,

ou

– **diltiazem LP 200 mg/j :** 1 gél./j,

ou

– **aténolol 50 mg :** 1 cp/j.

• Une **ablation de la double voie nodale par voie endocavitaire** peut être proposée en alternative du traitement antiarythmique, *si les crises sont mal tolérées,* soit par leur sémiologie, soit par leur répétition, soit par leur durée ou pour des raisons de mode de vie (par exemple métier à risque). Le patient doit être informé des risques de l'ablation, en particulier de la survenue possible d'un bloc atrioventriculaire.

Situations particulières

• *Si la crise ne cède pas après les injections d'adénosine,* d'autres agents pharmacologiques peuvent être utilisés à la phase aiguë sous monitoring ECG continu :

Situations particulières (suite)

– **vérapamil injectable 5 mg/2 mL,** 1 ampoule en injection IV lente sur 3 minutes,

ou

– **diltiazem injectable fl. 25 mg :** 0,25 mg/kg en injection IV sur 3 minutes,

ou

– **aténolol injectable 5 mg/10 mL :** 1 mg IVD toutes les 2 minutes jusqu'à 5 mg en l'absence d'insuffisance cardiaque.

• *En cas d'échec ou si cardiopathie sous-jacente :* **amiodarone injectable 150 mg/3 mL,** 150 mg en perfusion dans 250 mL de G5 en 20 minutes (réservé à l'hôpital).

• *Si un syndrome de Wolff-Parkinson-White est établi,* l'ablation du faisceau pathologique par voie endocavitaire constitue le traitement de référence.

NOTES PERSONNELLES

Taeniasis

RAPPELS

Infestation digestive par un ver plat (cestode), de plusieurs mètres de long, dont la tête (scolex) est fixée dans l'intestin grêle. La contamination s'effectue par ingestion de viande parasitée insuffisamment cuite, soit de bœuf (*Taenia saginata*, parasite cosmopolite), soit de porc (*Taenia solium*, parasite d'importation en France).

La cysticercose désigne l'enkystement de larves de *T. solium* dans différents tissus (muscle, œil, cerveau) après ingestion directe d'œufs par des aliments souillés. Problème de santé publique dans certains pays (Madagascar), le diagnostic est évoqué en France devant des examens d'imagerie révélant des kystes calcifiés cérébraux ou musculaires chez un sujet ayant séjourné en zone tropicale, souvent plusieurs mois ou années auparavant. Une prise en charge spécialisée est recommandée qui n'est pas envisagée ici.

Diagnostic L'infestation provoque des troubles digestifs non spécifiques (anorexie, épigastralgies, nausées, diarrhées), parfois une asthénie, des céphalées ou une insomnie mais l'infestation peut rester asymptomatique. La constatation à l'œil nu d'anneaux dans les selles ou les sous-vêtements permet le diagnostic. En leur absence, un examen parasitologique des selles est nécessaire. Une éosinophilie modérée est possible.

Objectif thérapeutique Éradication du parasite vérifiée par un examen parasitologique de contrôle. Le praziquantel constitue le traitement de référence; le niclosamide est également utilisé.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : cysticercose cérébrale ou oculaire nécessitant une surveillance spécialisée. Praziquantel : antécédent de trouble du rythme cardiaque, grossesse au 1er trimestre.

• *Recherche d'associations déconseillées* : praziquantel (les inducteurs enzymatiques : rifampicine, anticonvulsivants diminuent de façon très importance les concentrations de praziquantel).

• Par contre, il n'y a pas de précautions particulières concernant le niclosamide.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance pour le taeniasis intestinal

• **Praziquantel cp 600 mg :** 10 mg/kg en une prise unique. Les comprimés doivent être avalés sans les croquer, avec un peu de liquide, de préférence à la suite d'un repas.

ou

• **Niclosamide cp 500 mg :** à jeun depuis la veille, mâcher longuement 2 cp (1 g) le matin avec un peu d'eau, puis reprendre 2 cp (1 g) selon les mêmes modalités une heure plus tard. Rester ensuite à jeun durant 3 heures après la dernière prise, sans boire ni fumer. Posologie totale :
– chez l'adulte et l'enfant > 7 ans : 1 g × 2 ;
– avant 7 ans, réduire la posologie à 500 mg × 2 ;
– avant 2 ans, réduire la posologie à 250 mg × 2 (les comprimés peuvent être écrasés.

• Un purgatif salin (Citrafleet® : 1 sachet) est souhaitable 3 heures après la prise médicamenteuse, en particulier si *T. solium*.

NB : bien prévenir le patient qu'il va éliminer le ver dans les selles.

Règles hygiénodiététiques

• Nettoyer la cuvette des toilettes à l'eau de Javel.

• Pour la prévention des récidives, éviter de manger la viande crue ou peu cuite, en particulier dans les pays tropicaux et sub-tropicaux dans lesquels les contrôles sanitaires de la viande sont insuffisants.

Situations particulières

Chez la femme enceinte, le **niclosamide** peut être utilisé d'après le centre de référence sur les agents tératogènes. L'utilisation de **graines de courge** dans de la confiture est une alternative efficace. Le ver est alors éliminé entier, il faut prévenir la patiente.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : prescrire un contrôle parasitologique des selles 3 mois après le traitement.
- Du respect des règles hygiénodiététiques (cuire la viande suffisamment).

NOTES PERSONNELLES

....

Thrombose veineuse profonde : traitement curatif

RAPPELS

Urgence diagnostique et thérapeutique, la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) affecte > 150 000 personnes/an en France, entraînant 5 à 10 000 décès. Le thrombus survient habituellement dans le réseau veineux profond d'un membre inférieur (MI), la localisation proximale (poplitée, fémorale, iliaque ou cave) présentant le risque le plus important d'embolie pulmonaire (EP) et de syndrome post-thrombotique. Les facteurs de risque de MTEV sont multiples, soit transitoires (chirurgie récente, traumatisme, immobilisation, grossesse, contraception OP, voyage prolongé), soit persistants (âge, obésité, cancer, ATCD de MTEV, thrombophilie, maladies inflammatoires).

Diagnostic Clinique devant une douleur brutale d'un MI (60 %) avec œdème unilatéral et dilatation veineuse superficielle, mais la thrombose veineuse profonde (TVP) reste parfois asymptomatique. La prise en compte du contexte permet d'établir un score de probabilité (WELLS) :

- cancer en traitement actif ou palliatif .... +1
- paralysie ou immobilisation plâtrée MI .... +1
- alitement > 3 jours ou chirurgie importante < 4 semaines .... +1
- sensibilité d'un trajet veineux .... +1
- augmentation de volume d'un MI entier .... +1
- augmentation de volume d'un mollet > 3 cm .... +1
- œdème unilatéral prenant le godet .... +1
- collatéralité veineuse non variqueuse .... +1

– antécédent de thrombose veineuse documentée .... +1
– autre diagnostic au moins aussi probable que TVP .... –2

Probabilité diagnostique :
– score > 2 : 70 % de TVP ;
– score 1 ou 2 : 30 % de TVP ;
– score < 1 : 5 % de TVP.

Des D-Dimères < 500 ng/mL permettent d'écarter l'hypothèse de TVP mais à l'inverse, une élévation est peu spécifique (élevé en cas de cancer, de grossesse, de chirurgie, d'inflammation).

C'est l'échographie-Doppler veineuse qui confirme le diagnostic (sensibilité > 95 %) et précise la localisation. Les TVP distales sont les plus fréquentes mais à moindre risque.

Objectif thérapeutique Soulager le patient, éviter l'extension et la migration du caillot, prévenir les récidives, prévenir le syndrome post-thrombotique.

➠ *Le traitement peut être débuté en urgence avant le résultat de l'échographie-Doppler si le diagnostic semble bien établi.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher les contre-indications :*
– *aux anticoagulants :* syndromes hémorragiques et lésions susceptibles de saigner tels que ulcère gastroduodénal évolutif, HTA maligne, chirurgie neurologique ou ophtalmologique récente, AVC récent ;
– *aux héparines :* ATCD de thrombopénie à l'héparine ;
– *aux HBPM, AVK et anti-Xa :* insuffisance hépatique ou rénale sévère ;
– *aux AVK et anti-Xa :* grossesse et allaitement.

• *Rechercher les associations déconseillées :* AINS, aspirine, antiagrégants plaquettaires. *AVK et Anti-Xa :* inhibiteurs enzymatiques (CYP 3A4 et P-gp), en particulier antifongiques azolés et inhibiteurs de la protéase du VIH.

• *De très nombreux médicaments sont susceptibles d'interférer avec les anticoagulants oraux :* les prescriptions nouvelles doivent être réduites au maximum et une surveillance plus étroite est nécessaire.

PRESCRIPTIONS

Deux schémas distincts sont possibles.

Ordonnance selon un schéma classique : HBPM puis AVK

• **Tinzaparine :** 175 UI/kg/j en 1 injection sous-cutanée (prudence si poids < 45 kg ou > 100 kg, *cf.* paragraphe « Situations particulières » ci-après). Il n'y a pas de surveillance biologique à réaliser. Ce traitement doit être maintenu jusqu'à ce que l'INR soit > 2 à 2 reprises (5 à 7 jours).

• **Warfarine :** 5 mg en prise unique au repas du soir, à débuter le plus tôt possible, dès que le diagnostic est confirmé et s'il n'y a pas d'examens invasifs à envisager (endoscopies, biopsies, etc.).

• Cette posologie est à adapter mg par mg en fonction de l'INR dont l'objectif est compris entre 2 et 3. Le 1er INR peut être réalisé dès le lendemain de la 1re prise afin de tester une éventuelle hypersensibilité aux AVK, puis tous les 2 jours. Lorsque l'INR est compris à 2 reprises entre 2 et 3, l'HBPM est interrompue et le contrôle de l'INR est espacé (2 fois/semaine pendant 15 jours puis tous les 15 jours, voire tous les mois s'il n'y a pas eu de modification posologique).

Ordonnance selon un schéma anti-Xa oral

Il est possible de débuter immédiatement par voie orale : **Rivaroxaban**, 15 mg matin et soir durant 3 semaines puis 20 mg 1 seule fois/jour. Ce traitement ne nécessite pas de surveillance biologique particulière mais ne comporte pas d'antidote.

Mesures hygiénodiététiques

- Il ne faut pas immobiliser les patients atteints de TVP.
- *Pour prévenir le syndrome post-thrombotique :*

– **une contention veineuse élastique doit être mise en place le plus tôt possible** et maintenue durant la journée : **collants de contention veineuse sur mesures**, de classe 2 (TVP distales) ou de classe 3 (TVP proximales). Prescription pour 2 paires ;
– réduction pondérale si surpoids. Activité physique régulière, en particulier de marche. Éviter la station debout prolongée. Éviter les chaussures à talons haut. Éviter le chauffage par le sol et l'exposition solaire prolongée. Surélever les pieds du lit de 10 à 15 cm.

- Sous AVK : Interdiction des aliments riches en vitamine K (brocoli, choux, laitue, cresson, persil, huile de colza, ou de soja, épinards) et danger d'une alcoolisation aiguë.

Situations particulières

- *Sous HBPM*, en cas d'insuffisance rénale modérée (ClCr 30 à 60 mL/min), de poids extrêmes (< 45 kg ou > 100 kg) ou d'hémorragies inexpliquées, une détermination de l'activité anti-Xa peut être utile : la moyenne observée à la 4ᵉ heure pour la tinzaparine à la dose de 175 UI/kg en 1 injection/j est de 0,87 UI ± 0,15.
- *Sous anti-Xa oral*, en cas d'insuffisance rénale modérée et chez les sujets âgés, réduction de la dose : rivaroxaban, 15 mg/j.

SURVEILLANCE ET PRÉCAUTIONS

- *Sous anticoagulants sont contre-indiquées* : toutes injections et ponctions intramusculaires, intra-articulaires, intra-artérielles.
- Surveillance quotidienne à la recherche de signes d'embolie (fièvre, douleur thoracique, dyspnée, hémoptysie, tachycardie, etc.) et contrôle de la contention élastique.

- Le traitement anticoagulant doit être maintenu 3 mois dans les TVP distales ou dans les TVP proximales s'il existait un facteur de risque transitoire et en l'absence d'ATCD de MTEV. Dans les autres cas, le traitement est maintenu 6 mois. S'il existe un ATCD de MTEV ou s'il persiste un facteur de risque majeur, le traitement doit être maintenu au long cours, avec une évaluation régulière du rapport bénéfice/risque.
- Dans les TVP proximales, une échographie doppler veineuse pourra être réalisée en fin de traitement pour juger des lésions séquellaires (thrombus résiduel, dévalvulation, développement des collatérales, etc.).
- En l'absence de facteur de risque identifié de TVP, il peut être intéressant, en particulier chez les sujets < 60 ans, de réaliser un bilan de thrombophilie 1 mois après l'arrêt du traitement anticoagulant. Par ailleurs, une surveillance clinique doit être maintenue pendant 1 an à la recherche d'indices orientant vers une pathologie sous-jacente évolutive (pathologie inflammatoire ou maligne).

NOTES PERSONNELLES

Thrombose veineuse superficielle

RAPPELS

Le développement d'un caillot et d'une réaction inflammatoire dans une veine d'un réseau veineux superficiel, le plus souvent au niveau des membres inférieurs, survient volontiers sur un terrain variqueux mais peut témoigner d'un état inflammatoire général, d'une pathologie maligne (phlébite de Trousseau) ou d'une thrombophilie.

Diagnostic Clinique sur la présence d'un cordon veineux induré, inflammatoire et douloureux sur le trajet de la grande saphène ou d'un autre réseau. Une hypodermite, une lymphangite, un érysipèle et un érythème noueux doivent être discutés. Aussi un examen écho-Doppler est utile pour confirmer le diagnostic, mesurer la dimension du caillot, préciser son extension éventuelle à la crosse de la saphène et rechercher une éventuelle thrombose veineuse profonde associée (jusqu'à 25 % sur le membre atteint ou le membre controlatéral).

Objectif thérapeutique Soulager le malade, éviter l'extension du caillot et réduire le risque thromboembolique immédiat et ultérieur. Bien que ce dernier soit faible (< 1 %), lorsque le caillot est > 5 cm de longueur et en l'absence de thrombose profonde associée, un traitement anticoagulant par fondaparinux ou une héparine de bas poids moléculaire, à posologie préventive, est proposé durant 45 jours, en particulier en cas de thrombose extensive, de cancer associé, de chirurgie récente, d'ATCD thrombotiques ou d'insuffisance veineuse sévère.

PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications :*

– paracétamol : insuffisance hépatocellulaire ;

– HBPM : insuffisance rénale sévère (ClCr < 30 mL/min), saignement évolutif.

- *Recherche de terrain à risques : sujets âgés, maladie ulcéreuse connue, intervention chirurgicale récente, grossesse.*
- *Recherche d'associations médicamenteuses déconseillées : AINS, aspirine.*
- *Recherche d'associations à prendre en compte : corticoïdes, clopidogrel, ticlopidine.*

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Paracétamol :** 1 g 3 à 4 fois/j en cas de douleurs. Ne pas dépasser 4 g/j.
- **Cortisal Crème®** : 2 à 3 applications/j en massant légèrement.
- **Fondaparinux 2,5 mg/0,5 mL** (en seringues préremplies) : 1 injection sous-cutanée 1 fois/j durant 45 jours. Durant cette période, les injections intramusculaires, ponctions et infiltrations sont contre-indiquées.
- **Contention veineuse de classe 2** (pression 16 à 20 mmHg) : de façon bilatérale aux membres inférieurs, une **paire de bas ou de collants** à mettre en place durant la journée si cette contention est supportée.

Règles hygiénodiététiques

Maintenir une activité physique régulière, compatible avec la douleur, en évitant un alitement prolongé.

Situations particulières

- Si le caillot est < 5 cm et en l'absence de thrombose profonde, le traitement héparinique n'est pas justifié. La surveillance s'assurera de l'absence d'extension.
- Si le caillot est proche (< 3 cm) ou atteint la crosse de la grande ou de la petite saphène, le risque embolique justifie un traitement par HBPM curatif durant 45 jours (cf. traitement de la thrombose veineuse profonde) et, en cas de contre-indication de ce dernier, une ligature chirurgicale de la veine saphène à la crosse. Un traitement de relais par voie orale n'est pas recommandé.

Situations particulières (suite)

• Au niveau des membres supérieurs, la principale cause de thrombose superficielle est constituée par la pose de cathéters veineux à demeure et l'injection de produits toxiques pour l'endothélium vasculaire. Le traitement est largement préventif en évitant le maintien des cathéters, en écartant les perfusions hypertoniques et en s'assurant de la compatibilité des injections. Le traitement curatif est identique à celui des membres inférieurs, en fonction de la taille et de la localisation du thrombus.

• La phlébite de Mondor correspond à l'atteinte de la veine épigastrique superficielle, ou de la veine thoracoépigastrique. Parfois secondaire à une chirurgie thoracique, à une thrombophilie, rarement à un cancer du sein, son évolution est spontanément favorable sans extension, ce qui limite son traitement à une antalgie si nécessaire.

SURVEILLANCE

• S'assurer de l'absence d'extension après quelques jours de traitement et à la fin de celui-ci.

• Ultérieurement, un bilan phlébologique peut conduire à une chirurgie de varices.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

Tremblement essentiel de l'adulte

RAPPELS

Tremblement d'action qui peut être source de handicap, il survient le plus souvent vers 50 ans chez un sujet avec des antécédents familiaux dans 50 % des cas. Susceptible d'apparaître dès l'adolescence, sa prévalence est d'environ 3 % après 60 ans (3 fois plus que la maladie de Parkinson).

Diagnostic Clinique devant un tremblement rapide affectant les deux membres supérieurs, parfois de façon asymétrique, et possiblement la tête et la voix qui devient chevrotante. D'aggravation progressive (> 5 ans), le tremblement est postural et cinétique (test du verre, alimentation, habillage, écriture), contrairement au tremblement parkinsonien de repos. Il peut être réduit par l'ingestion d'alcool. Le reste de l'examen neurologique est normal. Le stress, l'émotion, le surmenage et le café peuvent aggraver le tremblement.

Objectif thérapeutique Contrôler la gêne fonctionnelle en réduisant le tremblement.

➠ *Les bêtabloquants sont les mieux évalués (50 à 70 % d'amélioration).*

➠ *Des antiépileptiques peuvent être proposés en deuxième intention après avis spécialisé.*

➠ *Aucun médicament n'est actuellement susceptible d'enrayer l'évolution des troubles qui peuvent se stabiliser spontanément.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Éliminer une autre cause de tremblement* : excès de caféine, hyperthyroïdie, usagers de drogues, sevrage alcoolique, maladie de Wilson, etc.
- *Rechercher un médicament favorisant les tremblements* : salbutamol, neuroleptiques (y compris métoclopramide), antidépresseurs, lithium, amiodarone, anticonvulsivants, immunosuppresseurs.
- *Rechercher une contre-indication aux bêtabloquants* : asthme, bronchopneumopathie obstructive sévère, bradycardie importante, trouble de conduction atrioventriculaire.
- *Rechercher un terrain à risque* : bêtabloquants → diabète sous hypoglycémiants, myasthénie, sujets âgés, insuffisance rénale (réduire la posologie de 50 % si clearance créatinine < 30 mL/min.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : bêtabloquants → antiarythmiques, digitaliques, inhibiteurs calciques.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

La mise en route d'un traitement doit être réservée aux formes invalidantes : **propranolol 40 mg,** cp sécable ; débuter à 20 mg 2 fois/j aux repas puis augmenter très progressivement la posologie en fonction du résultat clinique et de la tolérance. Le plus souvent, 120 mg/j en 3 prises sans dépasser 320 mg/j.

Rééducation fonctionnelle

Kinésithérapie : les études scientifiques limitées ne permettent pas de conclure à une amélioration significative et durable par la kinésithérapie. Cependant, une **rééducation centrée sur la préhension et plus généralement les gestes fins** comme l'écriture peut être proposée.

Situations particulières

- En deuxième intention, **primidone 250,** cp sécable : débuter à 125 mg 2 fois/j puis augmenter très progressivement la posologie jusqu'à 750 mg/j si nécessaire et si la tolérance est correcte (somnolence, sensations vertigineuses).
- L'**alprazolam**, cp sécable 0,50 mg, peut être également proposé à raison de 0,75 à 1,50 mg/j en 2 prises.
- *Les formes très sévères* peuvent être traitées en centres spécialisés par la **toxine botulinique** ou une **approche neurochirurgicale** (thalamotomie ou stimulation profonde du thalamus).

SURVEILLANCE

- Le plus souvent, aucune surveillance n'est nécessaire et le patient doit être rassuré sur l'absence d'autre lésion neurologique.
- Les formes évoluées invalidantes peuvent être prises en charge au titre d'une affection longue durée (ALD) à 100 %.

NOTES PERSONNELLES

T

Trouble anxieux aigu et attaque de panique

RAPPELS

Affecte 2 à 3 % de la population générale, plutôt les femmes (×2) et l'adulte entre 25 et 35 ans.

Diagnostic Devant un tableau associant une manifestation d'angoisse aiguë de survenue très brutale (acmé en quelques minutes), avec modifications du contenu des pensées, signes physiques objectifs (cardiovasculaires, respiratoires, digestifs, urinaires et parfois neurologiques) et impressions subjectives (sensation de mort imminente, de catastrophe, *etc.*) avec modifications du comportement. Résolution spontanée en 20 à 30 minutes. Risque de répétition des accès : attaque de panique.

Objectif thérapeutique Résolution rapide de l'accès, prévention des rechutes, éviter l'évolution vers un trouble anxieux chronique.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une affection sous-jacente qui peut être à l'origine d'un trouble anxieux aigu :* cardiovasculaire, neurologique, pulmonaire, toxique par intoxication ou par sevrage → toujours faire un bilan médical général avant de débuter la prise en charge psychiatrique. Par ailleurs, une origine psychiatrique peut être en cause, idiopathique ou secondaire.

• Favoriser une prise en charge initiale rassurante, empathique avec contrôle de la respiration, relaxation avec mise au calme.

• La prescription d'une anxiolyse médicamenteuse n'est envisagée qu'en cas d'échec de la prise en charge comportementale.

• *Recherche de contre-indications à un traitement de benzodiazépines :* myasthénie, insuffisance respiratoire, apnées du sommeil, porphyries, grossesse.

• *Recherche de terrains à risque :* sujets ayant consommé de l'alcool ou des toxiques, insuffisance hépatique.

• *Recherche d'associations à prendre en compte :* autres traitements dépresseurs du système nerveux central.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Alprazolam 0,50 mg :** 1 cp au moment de la crise.
ou

• **Clorazépate 10 mg :** 1 cp au moment de la crise.
Information du patient sur l'état de vigilance potentiellement altéré. Un accès aigu ne doit pas entraîner une prescription régulière.

Règles hygiénodiététiques

• Exercice physique et rythme de vie régulier.

• Consommation d'alcool et de toxiques fortement déconseillée.

• Régime alimentaire équilibré.

• Surveillance du sommeil.

Situations particulières

• *En cas d'angoisse de performance* (ou en cas de « trac » des artistes) : **propranolol 40 mg**, 1 cp avant la mise en situation anxiogène.

• *En cas de symptômes persistants :* **escitalopram 10 mg**, 1 cp/j. Traitement maintenu jusqu'à résolution des accès (sevrage progressif).

• *En cas d'agitation aiguë :* (cf. ordonnance correspondante)

• *En cas de manifestations allergiques associées chez l'adulte :* **hydroxyzine 25 mg**, 1 cp au moment de l'accès.

• *Chez l'enfant :* **hydroxyzine sirop (2 mg/mL)**, 1 mg/kg/j, administration au moment de l'accès.

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement* : résolution rapide de la crise, qualité de l'anxiolyse.
- *De la tolérance* : recherche des effets secondaires tels que sédation, confusion, troubles du sommeil, amnésie antérograde, troubles psychiques (agitation et anxiété paradoxales), baisse de la vigilance, asthénie, éruption cutanée, douleurs musculaires.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- **Thérapie cognitivocomportementale :** principe d'exposition progressive avec réduction de la charge anxieuse.
- L'EMDR *(Eye Movement Desenzitization and Reprocessing)* : travail sur la charge émotionnelle en lien avec les premiers accès.
- Consultation en hypnologie si troubles du sommeil persistants.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Trouble anxieux chronique

RAPPELS

Prévalence vie entière : 20 % de la population générale.

Diagnostic

- *Diagnostic d'un trouble anxieux généralisé (TAG)* devant un tableau d'anxiété chronique de fond avec ruminations permanentes. Trouble à l'origine de nombreuses consultations en médecine générale ou d'urgence. Comorbidités addictives à rechercher systématiquement.
- *Diagnostic d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC)* devant un tableau associant des obsessions : idéations répétitives au caractère parfois absurde contre lesquelles le sujet lutte par des compulsions (actions répétitives). Les rituels constituent l'ensemble des comportements répétitifs (dont les compulsions).
- *Diagnostic d'un trouble panique* devant la survenue répétée d'épisodes anxieux aigus (ou attaque de panique).

Objectif thérapeutique Réduction de l'anxiété pour permettre une vie personnelle et sociale normale, prévention des comorbidités (dépression, addictions, etc.).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une affection sous-jacente* qui peut être à l'origine d'un trouble anxieux chronique : carcinome, hémopathie, maladies

neurologiques, cardiovasculaires, pulmonaires, endocriniennes, rénales, infectieuses, inflammatoires, métaboliques → toujours faire un bilan médical général avant de débuter la prise en charge psychiatrique. Par ailleurs, une agitation à connotation bizarre ou des éléments délirants doivent faire évoquer un trouble psychotique.

• *Recherche de contre-indications aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine* : épisode maniaque, allongement de l'intervalle QT.

• *Recherche de terrains à risque* : sujets < 18 ans ou > 65 ans, insuffisance hépatique (réduire la posologie de 50 %), insuffisance rénale (posologies usuelles avec surveillance), grossesse, comitialité, diabète, risque suicidaire (risque de levée d'inhibition).

• *Recherche d'associations contre-indiquées* : IMAO, linézolide, triptans, pimozide, métoprolol, médicaments allongeant l'espace QT.

• *Recherche d'associations déconseillées* : imipraminiques, méthadone, antipsychotiques, diurétiques, millepertuis, lithium, AVK, carbamazépine, tramadol.

• *Bilan préthérapeutique* : ionogramme (surveillance de la natrémie si sujet à risque).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Escitalopram 10 mg :** 1 cp à midi.
ou
• **Paroxétine 20 mg :** 1 cp le matin.
Le traitement est prescrit jusqu'à obtention d'une amélioration stable des troubles avec période de consolidation d'au moins 3 mois. Le sevrage doit être progressif.

Règles hygiénodiététiques

• Exercice physique et rythme de vie régulier.
• Consommation d'alcool et de toxiques fortement déconseillée.
• Régime alimentaire équilibré.
• Surveillance du sommeil.

Situations particulières

• *En cas d'attaque de panique* : **alprazolam 0,50 mg**, 1 cp au moment de la crise. La prescription doit être de courte durée et ne se substitue pas au traitement de fond en cas de trouble chronique.

• *En cas de TOC* : **fluoxétine 20 mg**, 1 cp le matin et à midi. Les posologies sont supérieures à celles utilisées dans le syndrome dépressif.

• *En cas de TOC invalidants et résistants :*
– **rispéridone 1 mg :** 1 cp le matin et le soir ;
et
– **fluoxétine 20 mg :** 1 cp le matin et à midi.

• *En cas d'agitation aiguë : cf.* ordonnance correspondante.

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement :* résolution rapide de la crise, qualité de l'anxiolyse.
- *De la tolérance :* recherche des effets secondaires tels que sédation, confusion, troubles du sommeil, amnésie antérograde, troubles psychiques (agitation et anxiété paradoxales), baisse de la vigilance, asthénie, éruption cutanée, douleurs musculaires.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

Thérapie cognitivocomportementale :
– *dans le TAG :* lutte contre les ruminations répétitives et les comportements d'évitement ;
– *dans le TOC :* prise de conscience des idées obsédantes, modification des idées automatiques, suppression progressive des rituels.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

T

Trouble bipolaire

RAPPELS

Trouble cyclique de l'humeur qui atteint l'adulte jeune (25-35 ans mais formes précoces ou tardives possibles) et qui concerne 1 à 2 % de la population générale.

Diagnostic Devant un tableau associant une répétition d'épisodes thymiques séparés par des intervalles libres sains :
– *le trouble bipolaire de type I* est la forme caractéristique : au moins 1 épisode maniaque (exaltation, agitation et insomnie) associé de manière variable à des épisodes dépressifs ;
– *le trouble bipolaire de type II :* au moins 1 épisode hypomaniaque ;
– *le trouble bipolaire de type III :* au moins 1 épisode d'hypomanie iatrogène.

Objectif thérapeutique Stabilité de l'humeur, prévention du risque suicidaire, qualité de vie satisfaisante et maintien de l'insertion socioprofessionnelle.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications au traitement par le lithium :* insuffisance rénale même modérée (ClCr < 85 mL/min), régime/déplétion hydrosodée, grossesse, altération de la fonction cardiaque ventriculaire, intolérance au gluten.

• *Recherche de terrains à risque :* dysthyroïdie, obésité, comitialité, troubles du rythme cardiaque.

• *Recherche d'associations déconseillées :* AINS, carmabazépine, diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, antagonistes de l'angiotensine, antipsychotiques à posologies élevées.

• *Recherche d'associations à prendre en compte :* antidépresseurs sérotoninergiques, clozapine, méthyldopa, diltiazem, vérapamil, anesthésiques généraux.

• *Bilan préthérapeutique :* EEG, ECG, NFS, ionogramme sanguin avec calcémie, mesure de la fonction rénale (créatinine et clairance de la créatinine, recherche d'une protéinurie), T4 et TSH, glycémie, β-HCG.

• Mise en place d'une contraception si patiente en âge de procréer.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Carbonate de lithium LP 400 mg : 1 cp le soir pendant 5 jours puis 1 ½ cp le soir à partir de J6 si lithiémie mesurée 24 h après la dernière prise (soit le lendemain soir avant la prise suivante) < 0,5 mmol/L. Les posologies peuvent être majorées d'½ cp tous les 5 jours pour *obtenir une lithiémie efficace et stable entre 0,5 et 0,8 mmol/L le soir avant la prise.*

Règles hygiénodiététiques

• Régularité et rigueur de la prise de carbonate de lithium, ne pas « compenser » un oubli de prise.

• Signaler systématiquement la prise de lithium lors d'une consultation médicale.

• Consommation de cannabis à proscrire (facteur favorisant les symptômes), tabagisme et consommation d'alcool fortement déconseillés.

• Rythme de vie régulier et surveillance du sommeil.

Situations particulières

• *En cas de contre-indication du lithium :* **divalproate de sodium 500 mg**, 1 000 à 2 500 mg/j en deux prises avec une augmentation très progressive de la posologie et une surveillance de la numération globulaire, des transaminases, du bilan de coagulation et du temps de saignement à J15 ; puis des transaminases tous les 6 mois.

• *En cas de symptômes dépressifs prédominants :* **quétiapine LP (cp à 50 et 300 mg)** à posologies progressives, débuter à 50 mg/j pour atteindre 300 à 600 mg/j en 1 prise le soir avant le repas.

Situations particulières (suite)

- *En cas d'accès maniaque avec agitation :*
– associer un psychotrope sédatif : **cyamémazine (cp sécables 100 mg)**, 50 à 300 mg/j ;
ou
– **lorazépam 2,5 mg :** 2,5 à 7,5 mg/j.
- *En cas de symptômes résistants :*
– administration d'un antipsychotique de seconde génération en association au traitement thymorégulateur : **olanzapine**, 20 mg/j en 1 prise ;
ou
– **aripiprazole :** 20 mg/j en 1 prise.
- *En cas d'urgence ou de symptomatologie incontrôlée :* électro-convulsivothérapie.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : amélioration des symptômes, stabilité thymique.
- De la fonction rénale, thyroïdienne et de la lithiémie si traitement par lithium (une fois la lithiémie efficace atteinte, les dosages sanguins sont effectués toutes les semaines pendant le premier mois, puis tous les mois pendant le premier trimestre, puis tous les deux mois).
- De la fonction hépatique et du poids si traitement par divalproate de sodium (la dépakinémie n'est pas le reflet de l'efficacité thymo-régulatrice du valproate).
- Des effets indésirables liés au traitement antipsychotique le cas échéant (cf. ordonnance « Schizophrénie »).

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Éducation thérapeutique : amélioration de la connaissance de la maladie et des signes prodromiques (pour limiter les rechutes).
- Thérapie cognitivocomportementale : modifier les schémas cognitifs négatifs qui favorisent les rechutes.
- Consultation en hypnologie si troubles du sommeil persistants.

NOTES PERSONNELLES

T

Troubles du comportement alimentaire

RAPPELS

L'anorexie mentale affecte principalement des femmes (9/10 cas) avec une prévalence de 10 % pour les formes légères (chez les adolescentes) et de 0,5 % pour les formes graves.

La boulimie affecte 3 % de la population, généralement des femmes (70 %).

Diagnostic

- *Anorexie mentale* devant une restriction alimentaire avec sensation de faim, un amaigrissement recherché avec déni de la maigreur, une aménorrhée prolongée.
- *Boulimie* devant des épisodes de gavage alimentaire anarchique précédés de prodromes (anxiété, dysphorie) et associés à des stratégies de contrôle du poids (vomissements, restrictions, *etc.*), ces épisodes étant vécus avec culpabilité.

Tous les troubles du comportement alimentaires peuvent s'accompagner de vomissements (destinés à contrôler le poids) et de prises de laxatifs et/ou de diurétiques.

Objectif thérapeutique Normalisation de la conduite alimentaire et du poids, dépistage et prévention des complications.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Bilan préthérapeutique :* IMC (poids [kg]/taille² [m²], NFS, ionogramme sanguin, VS, glycémie, phosphorémie, calcémie, bilan hépatique, nutritionnel et de coagulation, ECG, radio de thorax, et si IMC < 13 → ostéodensitométrie.

• *Recherche de complications :* dénutrition et carences, ostéoporose, pancytopénies, insuffisance rénale, arythmies par troubles électrolytiques, dermatologiques, neurologiques.

• *Recherche de terrains à risque nécessitant une hospitalisation :* IMC < 13, « état de mal boulimique », complications multiviscérales, échec du traitement ambulatoire, conflits familiaux sévères, syndrome dépressif avec risque suicidaire.

• *Repérer un diagnostic différentiel :* tumeur cérébrale, hémopathies, dysthyroïdie, maladie de Crohn, insuffisance hypophysaire, diabète, syndrome de Kleine-Levin (hypersomnie/hyperphagie), syndrome de Klüver-Bucy (troubles neuropsychiques/boulimie/hypersexualité), pathologies psychiatriques (mélancolie, trouble psychotique, phobie alimentaire, trouble anxieux sévère).

• *Recherche d'associations contre-indiquées* avec les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine : IMAO, linézolide, triptans, pimozide, métoprolol, médicaments allongeant l'espace QT.

• *Recherche d'associations déconseillées :* antidépresseurs imipraminiques, méthadone, antipsychotiques, diurétiques, millepertuis, lithium, AVK, tramadol, carbamazépine.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Escitalopram 10 mg :** 1 cp le midi.
ou
• **Paroxétine 20 mg :** 1 cp le matin.
Le traitement est prescrit jusqu'à obtention d'une amélioration stable des troubles avec période de consolidation d'au moins trois mois. Le sevrage doit être progressif.

Règles hygiénodiététiques

• Rythme de vie régulier.

• Consommation d'alcool, de tabac et de toxiques fortement déconseillée.

Situations particulières

• *En cas de dépression*, de troubles anxieux et/ou de TOC associés : *cf.* chapitres correspondants.

• *Si terrain à risque ou demande de la patiente :* hospitalisation avec contrat de reprise de poids, renutrition et diversification progressive (reprise de 1,5 kg/semaine au maximum pour éviter l'hypervolémie), supplémentation en phosphore, sonde nasogastrique si IMC < 12.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : reprise de poids.

• De la tolérance avec recherche des effets secondaires : sédation, confusion, troubles du sommeil, amnésie antérograde, troubles psychiques (agitation et anxiété paradoxales), baisse de la vigilance,

asthénie, céphalées, hypersudation, nausées, diarrhée, éruption cutanée, douleurs musculaires, hyponatrémie.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Thérapie cognitivocomportementale : modifier la contre-régulation alimentaire et les distorsions cognitives.
- Éducation alimentaire.
- Thérapies corporelles (relaxation, gymnastique, massages).
- Approche systémique familiale.
- Groupe d'entraide.
- Remédiation cognitive (rééducation des fonctions cognitives altérées).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

T

Troubles fonctionnels digestifs

RAPPELS

Les troubles fonctionnels digestifs regroupent des symptômes d'évolution chronique et bénigne, sans pathologie ou lésion organique susceptible de les expliquer. Très répandus (10 à 20 % en France), ils regroupent plusieurs entités dont les plus fréquentes sont le syndrome de l'intestin irritable et le syndrome dyspeptique.

Diagnostic Clinique devant des symptômes présents depuis > 6 mois :

– le syndrome de l'intestin irritable associe de façon variable douleurs abdominales soulagées par la défécation, selles plus fréquentes et/ou plus molles lors des épisodes douloureux, ballonnement abdominal, mucus sur les selles, sensation d'exonération incomplète ;

– le syndrome dyspeptique associe douleur et plénitude épigastriques post-prandiales, sensation de satiété précoce et/ou de digestion prolongée, éructations, nausées, vomissements, l'ensemble étant déclenché ou aggravé par la prise alimentaire. La recherche d'*H. pylori* est justifiée devant un trouble prolongé et/ou récidivant.

Le diagnostic de troubles fonctionnels reste un diagnostic d'élimination. Un examen clinique approfondi (comportant un toucher rectal) et des examens complémentaires orientés (en particulier coloscopie si début > 40 ans, antécédent familial de cancer du côlon, altération de l'état général, amaigrissement, syndrome rectal ou rectorragies) doivent éliminer une pathologie organique : cancer colorectal, dysthy-

roïdie, maladie cœliaque, intolérance au lactose ou maladie inflammatoire de l'intestin.

Objectif thérapeutique Soulager les symptômes, améliorer le confort psychologique, mais aussi éviter le nomadisme, la surconsommation médicale et la répétition d'examens complémentaires inutiles.

➡ *Le recours à un suivi psychologique ou psychothérapeutique et le traitement médicamenteux d'un syndrome anxiodépressif peuvent être nécessaires.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Rassurer le patient et instaurer une relation de confiance.
- *Rechercher des médicaments susceptibles d'être en cause :* AINS, diphosphonates, érythromycine, tétracyclines, sildénafil et tadalafil, théophylline.
- Éviter les antalgiques de palier 2 et 3 et les AINS, peu efficaces et pourvoyeurs d'effets secondaires et de dépendance.
- En cas de constipation, éviter les laxatifs lubrifiants (huile de paraffine) au long cours qui limitent l'absorption des vitamines liposolubles, et les laxatifs stimulants (bisacodyl, certains extraits de plantes) pourvoyeurs d'hypokaliémie.
- Les pansements digestifs doivent être prescrits à distance du traitement habituel.
- *Rechercher des interactions avec les IPP :* atazanavir et nelfinavir (dont l'absorption est réduite de 75 %), clopidogrel (réduction de l'activité antiagrégante), les nombreux substrats du cytochrome P 2C19 (anticonvulsivants, antidépresseurs, antidiabétiques oraux, AINS, AVK [perturbations de l'INR], tamoxifène, voriconazole, etc.).

NOTES PERSONNELLES

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance dans le syndrome de l'intestin irritable

- *Un antalgique antispasmodique est habituellement nécessaire :* **phloroglucinol 80 mg**, 2 cp matin, midi et soir durant 1 à 3 semaines.
- *En cas de constipation chronique :*

– laxatifs de lest (mucilages + son) :
- **ispaghul :** 2 à 3 sachets de 30 g/j en 1 ou 2 prises (également Karayal®, psyllium),
- **galettes de son de blé ou d'orge :** 2 à 4 galettes de 10 g/j ;

ou

– laxatifs osmotiques :
- **polyéthylène glycol (PEG 4 000) :** 1 à 2 sachet de 10 g 1 à 2 fois/j,

ou

- **lactitol :** 1 à 2 sachet de 10 g 1 à 2 fois/j (également lactulose, mannitol).

- *En cas de diarrhée :*

– **lopéramide 2 mg :** 1 gél. midi et soir, à heure fixe ;

ou

– **diosmectite :** un sachet matin, midi et soir, au moins 1 heure après les autres médicaments.

- *En cas de ballonnements :* **charbon activé, 1** cp après chaque repas, au moins 2 heures après la prise des autres médicaments.

Ordonnance dans le syndrome dyspeptique : antisécrétoires

Elle vise à neutraliser la sécrétion acide.

- **Phosphate d'aluminium :** 1 cuillère à soupe 60 minutes après chaque repas et, si amélioration insuffisante,
- **Oméprazole 20 mg :** 1 cp le matin pendant 3 semaines.

Règles hygiénodiététiques

- Diététique : alimentation riche en fibres en cas de constipation. Hydratation suffisante. Prise des repas à heure fixe. La fragmentation de l'alimentation avec la prise de petits repas est logique, notamment si la vidange gastrique est ralentie. Plusieurs régimes d'exclusion ont été proposés mais leur efficacité est controversée et ils peuvent favoriser l'apparition de troubles du comportement alimentaires chez ces patients.
- Exercice physique régulier à privilégier.

Situations particulières

En cas de syndrome anxiodépressif : **amitriptyline 4 %**, 10 gouttes au coucher, à réévaluer à 3 semaines.

SURVEILLANCE

- De l'apparition de symptômes devant faire revoir le diagnostic et réaliser des explorations complémentaires.
- À l'inverse, savoir refuser la réalisation de nouveaux examens complémentaires et l'expliquer au patient.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

U

Ulcère gastrique et ulcère duodénal

RAPPELS

Résultant d'un déséquilibre entre des facteurs d'agression muqueuse (sécrétions acide et peptique) et des facteurs de défense (mucus, épithélium de surface, vascularisation, contrôle de la rétrodiffusion des ions acides et des prostaglandines), il est admis que dans l'ulcère duodénal, l'agression chlorhydropeptique est dominante alors que dans l'ulcère gastrique, l'altération muqueuse est dominante. Ce déséquilibre résulte de différents facteurs génétiques et d'environnement : prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'aspirine, tabagisme, infection à *Helicobacter pylori* (85 % des ulcères gastriques et 95 % des ulcères duodénaux).

Diagnostic Clinique devant un syndrome ulcéreux (douleur épigastrique quotidienne, à type de crampe, à distance du repas, parfois nocturne, calmée par l'alimentation et évoluant par périodes). Mais de nombreux ulcères se présentent sous une forme moins typique (brûlure épigastrique ou syndrome dyspeptique, vomissements, hémorragie, perforation) avec parfois une latence clinique complète. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'une lésion ulcéreuse à l'endoscopie digestive haute qui permet par ailleurs la réalisation de biopsies lorsque l'ulcère est gastrique (nécessité d'éliminer une pathologie maligne).

Règles hygiénodiététiques (suite)

• Pour les bouffées vasomotrices : éviter les repas épicés et la consommation d'alcool.

Situations particulières

• *En cas d'antécédent d'hystérectomie,* le THM est réduit à un **estrogène** seul.

• *Dans la prévention de l'ostéoporose,* débuter le traitement à 50 µg d'estradiol/24 h, et augmenter la posologie quotidienne d'estradiol selon la symptomatologie.

• *En cas de sécheresse vaginale,* isolée ou persistante sous THM, un traitement local pourra être prescrit, soit par gel non hormonal (**Replens®** : 1 application 2 à 3 fois/semaine), soit par **estrogènes** locaux (**estriol ou promestriène en crème et/ou ovules :** 2 applications et/ou ovules/semaine).

• *En cas d'insuffisance ovarienne prématurée,* la prise d'un THM est recommandée au moins jusqu'à l'âge de 45 ans.

SURVEILLANCE

• Surveillance clinique, mammaire et gynécologique annuelle, mammographie bilatérale tous les deux ans, frottis cervicovaginal tous les trois ans jusqu'à 65 ans et bilan métabolique tous les cinq ans.

• La posologie du traitement doit être adaptée en fonction de la symptomatologie :
– en cas de symptômes d'hyperestrogénie (mastodynies, nausées, irritabilité, insuffisance veineuse), réduire la posologie quotidienne de 17-bêta-estradiol ;
– en cas de symptômes d'hypoestrogénie (bouffées vasomotrices, sécheresse vaginale), augmenter la posologie quotidienne de 17-bêta-estradiol.

• Le traitement devant être prescrit pendant une durée limitée, la balance bénéfice/risque doit être réévaluée régulièrement.

• En cas de métrorragies, interrompre le traitement avant d'avoir pu établir un diagnostic.

• Le traitement doit être arrêté en cas de survenue d'une contre-indication ou d'une augmentation significative de la tension artérielle ou de céphalées inhabituelles.

NOTES PERSONNELLES

Objectif thérapeutique Obtenir la cicatrisation complète de l'ulcère, guérir une éventuelle infection à *Helicobacter pylori*, identifier une lésion maligne sous-jacente.

- *Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont essentiels.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher des interactions médicamenteuses avec les IPP : atazanavir et nelfinavir (dont l'absorption est réduite de 75 %), clopidogrel (réduction de l'activité antiagrégante), les nombreux substrats du cytochrome P 2C19 (anticonvulsivants, antidépresseurs, antidiabétiques oraux, AINS, AVK [perturbations de l'INR], tamoxifène, voriconazole, etc.).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas d'ulcère duodénal

Oméprazole 20 mg : 1 gél./j, pendant 4 semaines.

Ordonnance en cas d'ulcère gastrique

Oméprazole 20 mg : 1 gél./j, pendant 6 semaines.

Ordonnance en présence d'*Helicobacter pylori* : IPP + antibiothérapie

- *1re option – Quadrithérapie concomitante pendant 14 jours continus :*

– **oméprazole 20 mg :** 1 gél. matin et soir pendant 14 jours ;
– **amoxicilline 1 g :** 1 sachet matin et soir pendant 14 jours ;
– **clarithromycine 500 mg :** 1 cp matin et soir pendant 14 jours ;
– **métronidazole 500 mg :** 1 cp matin et soir pendant 14 jours.

- *2e option – Traitement par Pylera® (bismuth + tétracycline + métronidazole) pendant 10 jours.* Cependant, la toxicité neurologique potentielle justifie un choix de deuxième intention :

– **Pylera® :** 3 gél. 4 fois/j ;
– **oméprazole 20 mg :** 1 gél. matin et soir.
À prendre avec un grand verre d'eau (250 mL) après les repas.
Ne pas dépasser 10 jours de traitement.

Règles hygiénodiététiques

- Arrêt du tabac qui augmente la sécrétion acide et retarde la cicatrisation des ulcères duodénaux.
- Arrêt de l'alcool qui favorise les gastrites et les ulcères aigus.
- Éviter l'automédication, notamment à base d'AINS et d'aspirine.

Situations particulières

- *En cas d'infection* à Helicobacter pylori, un contrôle systématique de l'éradication est nécessaire 4 semaines après le traitement, par un test respiratoire. Réaliser 2 ordonnances :
– l'une pour l'achat du test en pharmacie : **Helicobacter Test INFAI®** ;
– et l'autre pour sa réalisation en laboratoire.
- *En cas d'ulcère compliqué* (hémorragie, perforation, sténose, cancer), une prise hospitalière et multidisciplinaire est nécessaire.

SURVEILLANCE

- Après traitement d'un ulcère gastrique, une endoscopie de contrôle après 6 semaines doit être réalisée systématiquement pour contrôler la cicatrisation et réaliser des biopsies multiples de la cicatrice destinées à éliminer un cancer gastrique débutant. En l'absence de cicatrisation et en fonction du résultat des biopsies, un traitement chirurgical est à discuter.
- Après traitement d'un ulcère duodénal, le risque de cancer étant exceptionnel, un contrôle endoscopique est inutile sauf récidive symptomatique.

Ulcère des membres inférieurs

RAPPELS

Perte de substance d'origine vasculaire dont la prévalence, toutes causes confondues, est de 3 % après 65 ans. L'évolution est caractérisée par sa chronicité, supérieure à un an pour 25 à 50 % des plaies.

Diagnostic Deux grands types doivent être distingués selon leur origine :
– *ulcères veineux* (60 à 80 %) suspectés devant le terrain (femme, obésité), le caractère souvent unique, périmalléolaire, peu douloureux, la peau périulcéreuse évocatrice d'insuffisance veineuse (lymphœdème, dermite ocre, botte scléreuse, varices, etc.) et les pouls périphériques présents. Ils sont d'origine post-thrombotiques (50 à 60 %) ou liés une insuffisance veineuse superficielle (40 à 50 %) ;
– *ulcères artériels* (10 à 30 %) suspectés devant le terrain (homme, ATCD cardiovasculaires, tabac), le caractère souvent multiple et douloureux, la topographie suspendue (face antérieure ou latérale de la jambe), les bords abrupts, la peau périulcéreuse dépilée, pâle, atrophique et les pouls périphériques absents.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur, cicatriser l'ulcère, traiter la cause.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Chercher la cause de l'ulcère par un bilan vasculaire : écho-Doppler artériel et veineux (réseau superficiel et profond, recherche de reflux/obstruction) des membres inférieurs.
- Bien différencier colonisation d'une plaie ouverte et infection (dermo-hypodermite bactérienne : placard inflammatoire à distance de la plaie et fièvre).

➡ *Le traitement est celui de la cause : en cas d'ulcère artériel, revascularisation ; en cas d'ulcère veineux, prévention de l'œdème et si insuffisance veineuse superficielle isolée (réseau profond normal), traitement chirurgical (éveinage, crossectomie, etc.). Les soins locaux sont identiques quelle que soit l'étiologie de l'ulcère. Pas de prescription d'antiseptiques (risque de sensibilisation et d'eczéma périulcéreux).*

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Faire réaliser par un infirmier diplômé d'état des soins locaux quotidiens, week-ends et jours fériés compris, jusqu'à cicatrisation :
– nettoyage au sérum physiologique ;
– phase de détersion : **pansements alginates** (par ex : Algostéril®, Sorbalgon®, Urgosorb®), à humidifier au sérum physiologique ;
– phase de bourgeonnement et d'épidermisation : **pansements interface** (par ex : Hydrotul®, Interface S®, Suprasorb®).

Règles hygiénodiététiques

- *En cas d'ulcère artériel* : contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires, arrêt du tabac, marche régulière.
- *En cas d'ulcère veineux* :

– **contention veineuse des membres inférieurs** indispensable par un bas ou un collant de force 3 (si intolérance, force 2). Prescription pour deux paires ;
– lutte contre l'obésité ;
– kinésithérapie de drainage des membres inférieurs après cicatrisation (15 séances en 8 semaines).

- *En cas d'ulcère mixte*, une contention veineuse faible (force 1) est possible.
- Mise à jour de la vaccination antitétanique.

Situations particulières

- *Angiodermite nécrotique* : terrain → femme > 60 ans, hypertension, diabète. Plaie de début brutal (possiblement post-traumatique), douleur intense, ulcération superficielle, bords purpuriques déchiquetés, liseré livédoïde périphérique, pas d'exposition tendineuse

Situations particulières (suite)

ou osseuse, pouls périphériques présents : adresser en consultation spécialisée pour discussion de greffe cutanée.

• *En cas de dermo-hypodermite bactérienne* à point de départ de l'ulcère, antibiothérapie de première intention à visée antistreptocoque seul : **amoxicilline**, 50 à 100 mg/kg en 3 prises pendant 10 à 15 jours. Ne pas chercher à couvrir tous les germes présents sur les résultats microbiologiques de l'écouvillon (colonisation).

SURVEILLANCE

Délai de cicatrisation : si ce dernier est trop long (mesures identiques entre M0 et M3), adresser le patient en consultation spécialisée pour assurer une meilleure détersion et dépister un éventuel carcinome épidermoïde.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Urétrite aiguë chez l'homme

RAPPELS

Manifestation clinique la plus fréquente des infections sexuellement transmissibles (IST) chez l'homme. *Neisseria gonorrhoea* et *Chlamydia trachomatis* sont les deux germes fréquemment en cause avec une possibilité d'infection mixte. D'autres agents pathogènes peuvent être impliqués dans les urétrites :

- *Mycoplasma genitalium* ;
- *Ureaplasma urealyticum* ;
- *Mycoplasma hominis* ;
- *Trichomonas vaginalis* ;
- *Herpes simplex virus* (HSV 2) ;
- autres : streptocoques, *etc.*

Diagnostic Généralement facile en présence d'une dysurie et/ou d'une gêne urétrale avec ou sans écoulement du méat. À l'examen clinique, on retrouve une rougeur du méat. Il est important de rechercher d'éventuelles complications : prostatite, orchiépididymite, localisation pharyngée ou anorectale, infection disséminée, *etc.*

Il faut souligner que les infections à *Chlamydia trachomatis* sont asymptomatiques dans près de 50 % des cas. Ceci est beaucoup plus rare pour les urétrites à *Neisseria gonorrhoea* (10 %) dont les complications sont plus classiques.

Le diagnostic est confirmé par la présence d'une leucocyturie et de germes sur les prélèvements microbiologiques. Cependant, l'absence de leucocyturie n'exclut pas le diagnostic d'IST si les signes cliniques sont typiques d'urétrite.

• L'urétrite à gonocoque nécessite un frottis urétral de façon à obtenir une culture et un antibiogramme.

• Pour les urétrites à *Chlamydia trachomatis*, la culture est difficile et la recherche s'effectue par détection antigénique en immunofluorescence ou, mieux, par PCR sur les urines du matin avec une vessie non vidée depuis au moins 2 h.

• Cette recherche par PCR est également possible pour le gonocoque.

La recherche clinique et sérologique des autres IST (VHB, VHC, syphilis, VIH) doit être proposée dans tous les cas.

Objectif thérapeutique Soulager les symptômes, guérir l'infection et prévenir la transmission.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche d'une association médicamenteuse déconseillée avec les macrolides* (cisapride, tacrolimus, colchicine) *ou d'une contre-indication aux tétracyclines* (insuffisance hépatique ou rénale, rétinoïdes, psoralènes) *ou d'une allergie aux céphalosporines.*

• *En l'absence d'écoulement ou de leucocytes,* le plus souvent chez un patient paucisymptomatique, le traitement peut être différé en attendant le résultat des prélèvements qui prennent environ 3 à 4 jours.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• En cas d'écoulement purulent ou de leucocyturie, *a fortiori* si le patient est symptomatique, un traitement probabiliste à la fois pour *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoea* est justifié. Le traitement nécessite une double antibiothérapie en monodose s'il n'y a pas d'allergie : ceftriaxone IM et azithromycine PO.

• Le traitement de l'urétrite à *Chlamydia trachomatis* repose en premier choix sur l'azithromycine ou la doxycycline. La prise unique d'azithromycine favorise certainement l'observance thérapeutique :
– **azithromycine monodose :** 4 cp à 250 mg en une prise unique, en dehors ou lors d'un repas ;
ou
– **doxycycline 100 mg :** 1 cp 2 fois/j pendant 7 jours.

• Le traitement de l'urétrite à *Neisseria gonorrhoea* repose sur la ceftriaxone – l'augmentation des résistances aux fluoroquinolones justifie leur non-utilisation dans ce contexte :
– **ceftriaxone 500 mg :** une IM en dose unique (comporte de la lidocaïne) ;
– le **céfixime** est une alternative à la posologie de 400 mg *per os* en dose unique mais semble être moins efficace.

• Les partenaires sexuels doivent également être traités.

Situations particulières

En cas d'urétrite récidivante, il faut évoquer une absence d'observance thérapeutique mais surtout une possible réinfection avec un partenaire. Il faut également rechercher une résistance aux antibiotiques pour *Neisseria gonorrhoea* (l'antibiogramme est discriminant) et rechercher des pathogènes moins fréquents (herpès, *trichomonas vaginalis, etc.*). Dans tous les cas, il faudra traiter le(s) partenaire(s) pour éviter l'effet « ping-pong ».

NOTES PERSONNELLES



Urticaire aiguë

RAPPELS

Les lésions d'urticaire correspondent à la survenue d'un œdème dermique (urticaire superficielle) ou dermo-hypodermique (urticaire profonde ou angio-œdème) dû à une vasodilatation liée à la libération d'histamine par les mastocytes. La terminologie d'urticaire aiguë est réservée aux formes évoluant depuis moins de 6 semaines, d'urticaire chronique aux formes évoluant depuis plus de 6 semaines malgré un traitement bien conduit.

Diagnostic Clinique devant des papules érythémateuses ortiées, œdémateuses à bords nets, fugaces, migratrices et prurigineuses (urticaire superficielle) et devant une tuméfaction ferme, mal limitée, ni érythémateuse ni douloureuse, qui provoque une sensation de tension (urticaire profonde).

Objectif thérapeutique Raccourcir la durée d'évolution et soulager le prurit.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Expliquer au patient qu'*aucun examen complémentaire n'est nécessaire* devant une forme aiguë.
- Expliquer au patient qu'une origine allergique sera suspectée si les lésions surviennent dans les minutes ou maximum dans un délai de 2 heures après l'ingestion d'un aliment ou d'un médicament.

• *Recherche de contre-indications* : glaucome et adénome prostatique pour les antihistaminiques H1 de première génération (dexchlorphéniramine, hydroxyzine, méquitazine).

• *En cas d'associations d'anti-H1*, éviter l'association de molécules pouvant agir sur la cellule myocardique (allongement de QT, troubles rythmiques). La cétirizine et la féxofénadine n'agissent pas sur le myocarde.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Antihistamique H1 de 2e génération :
– **desloratadine :** 5 mg/j ;
ou
– **lévocétirizine :** 5 mg/j ;
ou
– **cétirizine :** 10 mg/j en une prise vespérale de 1 cp pendant 3 semaines à 1 mois selon la sévérité de l'éruption.

• Éviction du facteur déclenchant, s'il est identifié.

Situations particulières

Urticaire aiguë chez l'enfant, **desloratadine sirop :**
– de 1 à 5 ans : 2,5 mL (1,25 mg), 1 fois/j ;
– de 6 à 12 ans : 5 mL (2,5 mg), 1 fois/j.

Œdème de Quincke ou angio-œdème de la sphère ORL

• Dans les formes modérées :
– **méthylprednisolone :** 20 à 40 mg IM ou IVL ;
– **dexchlorphéniramine injectable :** 1 ampoule de 5 mg IM ou IV ;
– **adrénaline en aérosol :** 1 ampoule de 1 mg dans 5 mL de NaCl 0,9 % en cas de gêne laryngée.

• Dans les formes mettant en jeu le pronostic vital :
– appeler le SAMU ;
– **adrénaline injectable 0,25 mg/1 mL :**
  - chez l'adulte : 1 mL, soit 250 mg, par voie sous-cutanée ou IM. L'amélioration apparaît généralement dans les 3 à 5 minutes suivant l'injection sous-cutanée. Une seconde injection de 1 mL de la solution peut être faite 10 à 15 minutes plus tard si nécessaire,

Situations particulières (suite)

- chez l'enfant < 2 ans (jusqu'à 12 kg) : 0,20 à 0,40 mL, soit 50 à 100 mg,
- chez l'enfant de 2 à 6 ans (12 à 18 kg) : 0,60 mL, soit 150 mg,
- chez l'enfant de 6 à 12 ans (18 à 33 kg) : 0,80 mL, soit 200 mg.

Urticaire chronique : en cas d'échec et en l'absence d'orientation étiologique, nécessité d'un bilan complémentaire spécialisé à la recherche d'une pathologie auto-immune ou systémique, d'une urticaire physique ou d'origine alimentaire.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....



Vaginose bactérienne

RAPPELS

La flore vaginale normale de la femme en âge de procréer est constituée principalement de lactobacilles (95 %) et de germes anaérobies. La vaginose correspond à un profond déséquilibre de cette flore consistant en la diminution voire la disparition des lactobacilles et la prolifération anormale d'autres micro-organismes, principalement *Gardnerella vaginalis*, mycoplasmes et bactéries anaérobies. La vaginose n'est pas toujours considérée comme une véritable infection en soi, mais son rôle dans la survenue d'infections génitales hautes, d'infections pelviennes postopératoires et de pathologies infectieuses obstétricales a été largement démontré.

Diagnostic La symptomatologie peut être discrète voire absente dans 50 % des cas, ou plus gênante selon les patientes : leucorrhées peu abondantes, grisâtres, volontiers malodorantes, parfois associées à un prurit vaginal. Le diagnostic peut être rapide par un examen direct des leucorrhées (couleur grisâtre, test à la potasse positif, pH > 4,5, présence de Clue-cells). Le diagnostic bactériologique se fait par examen direct du prélèvement vaginal en établissant le score de Nugent qui permet d'évaluer la flore vaginale. La culture n'a d'intérêt que dans la recherche éventuelle d'infections associées.

Objectif thérapeutique Rétablissement d'une flore vaginale physiologique et régression des symptômes éventuels.

➡ *Un traitement de la vaginose bactérienne n'est nécessaire qu'en cas de symptômes et dans les cas suivants :*
- *grossesse;*
- *avant la pose d'un stérilet;*
- *avant une chirurgie gynécologique, un avortement thérapeutique ou une manœuvre instrumentale.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications aux imidazolés :* hypersensibilité.
- *Recherche d'associations déconseillées ou nécessitant des précautions d'emploi avec la prise d'imidazolés :* disulfirame (risque de bouffées délirantes, état confusionnel), AVK (augmentation du risque hémorragique avec nécessité de contrôle plus fréquent de l'INR et d'adaptation de la posologie d'AVK pendant le traitement et 8 jours après son arrêt).
- *Un traitement par imidazolés ne doit pas être prescrit pendant plus de 10 jours* dans cette indication et ne doit pas être répété plus de 3 fois par an.
- *Recherche d'une infection génitale haute associée* en cas de douleurs pelviennes, sensibilité au toucher vaginal lors de la mobilisation utérine ou des culs-de-sac, en cas de fièvre inexpliquée.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Métronidazole 500 mg :** 1 cp matin et soir pendant 7 jours.

ou

- **Métronidazole ovules :** 1 ovule vaginal par jour pendant 7 jours.

Règles hygiénodiététiques

- Éviter la consommation de boissons alcoolisées de façon concomitante avec le traitement par imidazolés.
- Prévenir le risque potentiel de vertiges, de confusion, d'hallucinations ou de convulsions, et éviter la conduite véhicules ou l'utilisation de machines en cas de survenue de ce type de troubles.
- Un traitement probiotique par voie orale ou en intravaginal peut être associé au traitement antibiotique, afin de prévenir les récidives (effet non démontré).
- En cas de traitement par métronidazole ovules, le risque de rupture de diaphragme ou de préservatif en latex peut être augmenté. Il est nécessaire d'en informer les patientes, et de les informer sur la conduite à tenir en cas de rupture (utilisation de la contraception d'urgence, prise en compte du risque d'IST).
- Le traitement des partenaires sexuels n'est pas indiqué et ne prévient pas la récurrence de l'infection.

Situations particulières

- *Chez la femme enceinte*, en raison du sur-risque de prématurité et de rupture des membranes, la vaginose bactérienne doit être traitée. Le traitement antibiotique est identique à celui de la femme en dehors de la grossesse.

Situations particulières (suite)

- *En cas d'hypersensibilité aux imidazolés,* traitement antibiotique alternatif : **clindamycine 300 mg**, 1 cp matin et soir pendant 7 jours.

SURVEILLANCE

- Il n'est pas nécessaire, en dehors de la grossesse, de contrôler le prélèvement vaginal après traitement.
- Les échecs de traitement ou les récidives ne sont pas rares et l'opportunité d'un nouveau traitement se fera en fonction de la gêne ressentie par la patiente. Un traitement probiotique par voie orale ou par voie vaginale devra alors être associé.

NOTES PERSONNELLES



Varicelle

RAPPELS

Maladie éruptive infantile fréquente (plus de 90 % des enfants entre 1 et 15 ans), elle est caractérisée par sa très grande contagiosité. Traduisant une primo-infection par le virus varicelle-zona (VZV), sa période d'incubation est comprise entre 10 et 21 jours. Généralement bénigne chez l'enfant bien portant, elle peut être grave chez le sujet immunodéprimé et chez l'adulte, la femme enceinte et le nouveau-né.

Diagnostic Clinique sur l'aspect caractéristique de l'éruption et un contage deux semaines auparavant. Aucun examen complémentaire n'est utile en l'absence de complications. Dans un contexte de fièvre modérée, apparition rapide de rougeurs surélevées puis de vésicules ou de bulles sur la nuque, le thorax, le ventre ou le dos. Ces dernières, de trois à quatre millimètres de diamètre et prurigineuses, sont remplies d'un liquide clair qui se trouble rapidement. Leur nombre est variable : l'éruption peut se réduire à quelques vésicules ou évoluer en deux à trois poussées pour couvrir tout le corps voire les muqueuses buccales et/ou génitales (ulcérations). La surinfection des lésions par un *staphylocoque* ou un *streptocoque* peut être à l'origine d'un impétigo.

Objectif thérapeutique Soulager l'enfant, éviter les surinfections et réduire la transmission.

➡ *Sont proposés : un antihistaminique en cas de grattage, un antipyrétique en cas de fièvre et l'application d'une solution antiseptique.*

Un traitement antibiotique est réservé aux surinfections bactériennes et un traitement antiviral aux formes graves et/ou aux terrains à risque.

PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher un terrain à risque chez le malade et dans l'environnement proche :* femme enceinte dont l'éruption survient dans les 10 jours avant l'accouchement, varicelle du nouveau-né ou nouveau-né avant toute éruption si la mère a débuté une varicelle entre 5 jours avant et 2 jours après l'accouchement, immunodépression congénitale ou acquise (cancer, chimiothérapie, corticoïdes, immunosuppresseurs) → envisager une hospitalisation et un avis spécialisé.

• *Rechercher une forme grave (< 1 %) :* éruption profuse, infection peau et tissus mous, pneumopathie, septicémie (fièvre > 39 °C à plusieurs reprises), méningoencéphalite → hospitalisation.

• Interdire l'utilisation d'aspirine ou d'un AINS qui favorisent dans ce contexte la survenue d'un syndrome de Reye (rare mais grave associant principalement des troubles neurologiques et une atteinte du foie).

• Rechercher une contre-indication aux antihistaminiques : enfant < 1 an, glaucome par fermeture de l'angle, obstacle urétroprostatique.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Désinfection des lésions cutanées par **chlorhexidine 0,2 %**, 1 fois/j avec un rinçage abondant.

NB : par contre, proscrire tout usage de talc, crème, pommade ou gel favorisant la macération.

• *En cas de démangeaisons,* **prométhazine sirop 0,1 %,** gobelets de 5 mL (5 mg) et 10 mL (10 mg) :
- adulte : 2 fois 10 mL, 4 à 5 fois/j (ou forme comprimés à 25 mg) ;
- enfant > 12 ans : 1 à 2 fois 10 mL, 4 fois/j (dose maxi : 50 mL/j) ;
- enfant de 5 à 12 ans : 1 à 2 fois 5 mL, 2 à 3 fois/j (dose maxi : 25 mL/j) ;
- enfant de 2 à 5 ans : 1 fois 5 mL, 3 fois/j ;
- nourrisson de 1 à 2 ans : 1 fois 5 mL, 2 fois/j,

pendant quelques jours, en privilégiant les prises vespérales (effet sédatif).

• *En cas de fièvre ou de douleurs,* **paracétamol solution buvable à 3 %** avec doseur gradué en kg. Chez l'enfant : 15 mg/kg/prise, sans dépasser 4 prises/j.

Règles hygiénodiététiques

• La prévention contre le contage passe par l'isolement des patients infectés mais, compte-tenu de l'extrême contagiosité avant même la période éruptive (48 heures), le taux d'attaque dans une maison est de l'ordre de 70 %.

• La prévention des infections bactériennes nécessite des mesures d'hygiène simples : douches biquotidiennes et ongles coupés courts.

Situations particulières

- *En cas de surinfection cutanée localisée* : **mupirocine pommade 2 %**, 2 à 3 applications/j.
- *En cas de surinfection cutanée diffuse* : **amoxicilline-acide clavulanique solution**, 40/5 mg/kg/j en 3 prises pendant 7 jours.
- *Chez un sujet immunodéprimé*, un traitement hospitalier s'impose associant traitement prophylactique par **immunoglobulines polyvalentes intraveineuses** et traitement curatif par **aciclovir intraveineux** le plus tôt possible.
- *Dans les formes graves*, un **traitement antiviral hospitalier** est recommandé d'emblée, associé à d'éventuels soins de support.

SURVEILLANCE

Normalement, la guérison est obtenue en 10 à 12 jours et l'enfant peut retourner en collectivité. Cependant, une fièvre élevée doit faire suspecter une surinfection bactérienne, surtout si elle ne s'accompagne pas d'une poussée éruptive et, chez l'adulte, une dyspnée inexpliquée doit faire suspecter une pneumopathie interstitielle d'origine virale (risque de défaillance respiratoire aiguë).

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

V

Verrues cutanées

RAPPELS

Infections cutanées dues à des *papilloma virus* (HPV), très fréquentes chez les enfants (25 % des enfants d'âge scolaire) mais aussi chez l'adulte. La réaction immunitaire permet une régression spontanée dans la majorité des cas dans un délai de 2 ans.

Diagnostic Clinique devant 3 types de lésions les plus fréquentes :
– les verrues vulgaires : lésions verruqueuses hémisphériques situées le plus souvent sur le dos des mains ou des doigts ;
– les myrmécies : verrues de la plante du pied ou des orteils, piquetées de noir, bien circonscrites ou pouvant être entourée d'une épaisse couche cornée. Elles peuvent être douloureuses à l'appui ;
– les verrues mosaïques : en nappe peu épaisse, le plus souvent sur la plante du pied.

Les verrues peuvent être volumineuses et/ou profuses chez les patients immunodéprimés.

Objectif thérapeutique Raccourcir la durée d'évolution, soulager la douleur des verrues plantaires.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Bien expliquer au patient les modalités du traitement.
- Préciser que les verrues sont peu contagieuses, contrairement à une opinion répandue.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Vaseline salicylée 30 à 50 %** (préparation magistrale).
- **Bande élastique adhésive** (type Élastoplast®).

Le soir, découper dans le pansement adhésif un trou de la taille de la verrue puis coller le pansement autour de la verrue ce qui permet de protéger la peau normale.

Puis appliquer la préparation sur la verrue et recouvrir d'un autre morceau de pansement adhésif afin d'éviter que de la crème ne se répande.

Renouveler l'opération tous les soirs après avoir gratté la « peau morte » avec une lime à ongles.

En cas de douleur ou d'irritation importante, interrompre le traitement pendant quelques jours. Poursuivre les applications jusqu'à disparition de la verrue.

Situations particulières

Le traitement par azote liquide au cabinet médical est une alternative possible : application ou pulvérisation jusqu'à obtenir un halo de givre de 2 mm autour de la verrue. Il provoque une gelure de la verrue et son décollement. Traitement simple, rapide et efficace, mais plutôt douloureux notamment dans son utilisation plantaire (déconseillé chez l'enfant).

Vitiligo

RAPPELS

Perte acquise des mélanocytes fonctionnels, le vitiligo touche environ 1 % de la population, survient le plus souvent entre 20 et 30 ans et peut s'associer à d'autres maladies auto-immunes. Le préjudice esthétique est d'autant plus important que la peau est pigmentée. Le caractère imprévisible de l'évolution peut entraîner une altération importante de la qualité de vie.

Diagnostic clinique Généralement aisé devant des zones dépigmentées maculeuses bien délimitées présentant typiquement une bordure convexe. Il en existe deux formes :
- la forme généralisée, plus fréquente, grossièrement symétrique et pouvant atteindre plusieurs zones du corps ;
- la forme segmentaire touchant une zone unique.

Le plus souvent aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

Objectif thérapeutique Pour favoriser une repigmentation, des corticostéroïdes et des immunosuppresseurs par voie topique peuvent être proposés, éventuellement associés à une photothérapie contrôlée, mais les traitements actuels ne peuvent ni permettre une guérison ni même empêcher l'extension de la maladie.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher des contre-indications* :

– dermocorticoïdes : infections cutanées bactériennes, virales, mycosiques ou parasitaires (gale), lésions ulcérées;

– immunosuppresseurs topiques : sujets immunodéprimés, de façon congénitale ou acquise.

- *Recherche de terrains à risques* : photothérapie chez sujets lupiques ou prenant des médicaments photosensibilisants (amiodarone, sulfamides, certains antibiotiques, neuroleptiques et diurétiques).
- *Recherche de maladies auto-immunes associées* : thyroïdiennes (TSH), hématologiques (NFS), diabète.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- Dermocorticoïdes dont la puissance sera adaptée à la zone à traiter :

– pour le visage, puissance modérée : **désonide 0,05 % crème**;

– sur le tronc, puissance forte : **bétaméthasone dipropionate 0,05 % crème**;

– pour les mains, les pieds, les coudes et les genoux, puissance très forte : **clobétasol propionate 0,05 %**.

→ 1 application/j le soir sur les zones atteintes.

- En l'absence d'efficacité après 6 semaines de traitement, d'autres modalités ou options thérapeutiques devront être envisagées.
- L'efficacité de ce traitement local pourra être accrue s'il est associé à une **exposition UV**, le plus souvent dans des cabines UVB à spectre étroit. Ce traitement, effectué dans certains services et cabinets de dermatologie, ne nécessite pas de prise médicamenteuse préalable à la séance à la différence de la PUVAthérapie. Il n'est donc pas nécessaire d'effectuer de bilan biologique.
- Immunosuppresseur parfois utilisé, notamment sur le visage (hors AMM) : **tacrolimus pommade 0,1 %**, 1 application en couche mince 1 à 2 fois/j sur la zone à traiter durant un maximum de 6 semaines.

NB : chez les adolescents de moins de 16 ans, la pommade à 0,1 % est contre-indiquée; utiliser **tacrolimus pommade 0,03 %** (qui est contre-indiquée chez les enfants de moins de deux ans).

SURVEILLANCE

Des effets indésirables potentiels des dermocorticoïdes : brûlures, dermites, atrophie cutanée, vergetures, hypertrichose.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Une photoprotection est recommandée sur la peau dénuée de mélanocytes qui est plus sensible au rayonnement ultraviolet solaire et sur les zones normalement pigmentées pour éviter l'accentuation de la différence de pigmentation entre zones atteintes et non atteintes.
- Phénomène de Koebner : de nouvelles plaques de vitiligo apparaissent volontiers sur les zones de frottement ou traumatisées. Des conseils visant à minimiser les traumatismes et les frottements devront être donnés au patient.
- Camouflage cosmétique qui peut améliorer sensiblement la qualité de vie des patients. Les préparations autobronzantes contenant de la dihydroxyacétone peuvent être utilisées mais toutes les préparations doivent assurer une photoprotection solaire ou être utilisées avec un écran.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

Vomissements et nausées chimio-induits

RAPPELS

Les nausées et vomissements chimio-induits (NVCI) restent l'un des effets secondaires les plus redoutés par les patients qui débutent une chimiothérapie.

Diagnostic En trois types cliniques distincts :
– les NVCI anticipés pendant les 24-48 heures avant la chimiothérapie. Ils correspondent à une réponse conditionnée, fonction du niveau d'anxiété et de la sévérité des NVCI lors des précédentes cures ;
– les NCVI aigus pendant les 24 premières heures de la chimiothérapie ;
– les NVCI retardés au-delà des 24 premières heures.

Les facteurs de risque sont de deux ordres :
– individuels : sexe féminin, < 55 ans, sujet anxieux, ATCD de mal des transports ou de nausées gravidiques ;
– liés aux traitements, en fonction du potentiel émétique et de la dose de la chimiothérapie.

Objectif thérapeutique Limiter nausées et vomissements, améliorer la qualité de vie des patients.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *En cas d'insuffisance hépatique*, les paramètres pharmacocinétiques de l'ondansétron sont modifiés : réduction de la clairance plasmatique,

augmentation de la demi-vie. L'ondansétron pouvant favoriser un syndrome occlusif, il convient de surveiller attentivement le transit des patients.

• *Associations contre-indiquées avec l'aprépitant* : médicaments favorisant les torsades de pointe en particulier pimozide, inducteurs enzymatiques (rifampicine, anticomitiaux, etc.).

• *Contre-indications à la dexaméthasone* : état infectieux en évolution (notamment hépatites, herpès, varicelle, zona), états psychotiques non contrôlés, vaccins vivants.

• *Contre-indications à l'alprazolam* : insuffisance respiratoire sévère, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance hépatique sévère, myasthénie.

• *Contre-indications au métoclopramide* : âge < 1 an et lorsque la stimulation de la motricité gastro-intestinale présente un danger (hémorragie gastro-intestinale, obstruction mécanique ou perforation digestive, ATCD de dyskinésie tardive aux neuroleptiques ou au métoclopramide).

• *Associations déconseillées avec le métoclopramide* : anticholinergiques, neuroleptiques, lévodopa et agonistes dopaminergiques, atovaquone, alcool.

• *Terrains à risque avec le métoclopramide* : allongement de l'intervalle QT, arythmies, insuffisance cardiaque, troubles hydroélectrolytiques, sujets âgés, insuffisance rénale ou hépatique.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Chimiothérapie hautement ou moyennement émétisante :*
– **aprépitant :** 125 mg *per os*, 1 heure avant la chimiothérapie à J1, puis 80 mg *per os* le matin de J2 et de J3;
– **ondansétron :** 16 mg *per os*, 1 heure avant la chimiothérapie;
– **dexaméthasone :** 12 mg par voie IV lente, 1 heure avant la chimiothérapie puis 8 mg de J2 à J4 dans les formes hautement émétisantes.

• *Chimiothérapie faiblement émétisante :* **dexaméthasone**, 12 mg par voie IV lente, 1 heure avant la chimiothérapie.

Règles hygiénodiététiques

• La nuit qui précède la chimiothérapie, veiller à bien dormir au besoin à l'aide d'un somnifère. Prendre une collation vers 21 heures.

• Le matin de la chimiothérapie, il est nécessaire de déjeuner. Juste avant la chimiothérapie, prendre un peu de liquide (bouillon ou consommé, eau, thé, eau gazeuse). Ne pas consommer de lait.

• Avant et pendant la perfusion de chimiothérapie, pratiquer des exercices de relaxation (respiration ample et profonde, les yeux fermés), regarder la télévision, écouter la radio ou de la musique, jouer à des jeux de société, lire, discuter, etc.

• Alimentation légère avant et après le traitement. Prendre des repas plus petits et plus fréquents (collation à 10 h et 16 h avec entremet, flanc, crème, riz au lait). Privilégier les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants. Éviter les aliments lourds, frits, gras, épicés, acides (vin, tomates, cornichons, câpres, citrons, pamplemousse), amers (remplacement des viandes rouges par des viandes blanches, des poissons, des laitages, fromages). Éviter de boire

Règles hygiénodiététiques (suite)

pendant les repas, mais plutôt avant ou après (boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment).

- Éviter les odeurs fortes (parfums, choux, choux-fleurs, etc.).
- Effectuer des marches en plein air.
- Supprimer le tabac.

Situations particulières

En cas d'échec de la prophylaxie primaire.

- *Vomissements ou nausées à l'administration de la chimiothérapie :*

– en cas de chimiothérapie hautement ou moyennement émétisante, ajouter, lors de la cure suivante :
  - soit une prise de benzodiazépine : **alprazolam 0,5 mg**, 1 cp 1 heure avant le début de la chimiothérapie,
  - soit un antagoniste de la dopamine : **métoclopramide injectable**, 30 mg en perfusion IV de 15 min avant la chimiothérapie suivie d'une perfusion continue de 0,5 mg/kg/h durant 6 à 8 heures;

– en cas de chimiothérapie faiblement émétisante, ajouter, lors de la cure suivante : **ondansétron**, 16 mg *per os*, 1 heure avant la chimiothérapie;

– en cas de chimiothérapie très faiblement émétisante, donner, 1 heure avant le début de la chimiothérapie, un antagoniste de la dopamine par voie orale : **métoclopramide,** 30 mg *per os*.

- *Vomissements ou nausées à la phase retardée :*

– en cas de chimiothérapie hautement émétisante, ajouter, lors de la cure suivante, 1 prise de benzodiazépine, matin et soir, de J1 à J4 (*cf.* ci-dessus);

– en cas de chimiothérapie moyennement émétisante, ajouter, lors de la cure suivante, une prise de corticoïdes : **méthylprednisolone**, 1 mg/kg/j *per os* de J2 à J3.

SURVEILLANCE

Traitements de secours :

– pendant la chimiothérapie, il est inutile d'administrer à nouveau un sétron ou un bolus de corticoïdes. Il est préférable de recourir à un antagoniste de la dopamine, en bolus (*cf.* ci-dessus). En cas d'échec ou d'emblée si le patient est manifestement angoissé, on choisira une benzodiazépine : **alprazolam par voie orale** (*cf.* ci-dessus) ou **diazépam par voie IV lente**, 10 à 20 mg;

– pendant les 24 premières heures, le traitement de secours est classiquement un antagoniste de la dopamine *per os* (*cf.* ci-dessus). Il est toutefois possible de renouveler un sétron *per os* (*cf.* ci-dessus), 12 heures après la première prise de sétron;

– en cas d'état nauséeux persistant, on aura recours à une benzodiazépine.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Z

Zona

RAPPELS

Infection due à *Varicella-Zoster Virus* (VZV) qui possède un tropisme neurocutané. Il s'agit d'une réactivation virale dans un territoire radiculaire à partir d'un réservoir situé dans les racines des ganglions sensitifs chez un sujet qui a déjà développé une varicelle lors de la primo-infection à VZV. L'âge, le diabète, l'infection VIH, le cancer et les traitements immunosuppresseurs (dont les corticoïdes) constituent des facteurs de risque de survenue d'un zona.

Diagnostic Facile à la phase d'état avec une éruption érythémateuse rose vif et des vésicules regroupées en bouquet. La localisation unilatérale dans un métamère est très évocatrice. Ces lésions vont devenir érosives au bout des 5-6e jours puis croûteuses et laisser une cicatrice dépigmentée après 10 jours. L'éruption est généralement fébrile avec une température de 38 °C-38,5 °C.

Cette phase est généralement précédée d'une phase prodromique avec des douleurs à type de brûlures et des troubles objectifs de la sensibilité dans le territoire concerné, mais le diagnostic reste difficile tant que l'éruption n'est pas apparue.

Parfois, l'éruption peut déborder sur un ou plusieurs métamères contigus mais ne dépasse pas la ligne médiane, en particulier chez le sujet immunocompétent. Chez le sujet immunodéprimé, on peut avoir des formes mixtes varicelle-zona plus étendues.

À côté des zonas cervicothoraciques ou lomboabdominaux, les zonas céphaliques sont plus rares mais volontiers très douloureux,

en particulier au niveau ophtalmique chez le sujet âgé (atteinte frontale/lacrymale/nasale). Ils peuvent se compliquer d'une kératite qui doit être recherchée systématiquement.

Objectif thérapeutique Double : symptomatique avec un traitement local et une prise en charge de la douleur, et étiologique pour diminuer l'intensité et la durée de la phase douloureuse ainsi que les douleurs post-zostériennes.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une insuffisance rénale* : réduction des doses d'antiherpétiques si ClCr < 30 mL/min.
- *Éliminer une grossesse en cours* (antiherpétiques non recommandés).
- *Rechercher une contre-indication à l'amitriptyline* : glaucome par fermeture de l'angle, infarctus myocardique récent, obstacle prostatique.
- *Rechercher des associations contre-indiquées* : IMAO, autres antidépresseurs, antihypertenseurs centraux, anticholinergiques, baclofène.

NOTES PERSONNELLES

....

....

....

....

....

....

....

....

....

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement symptomatique

- **Chlorhexidine solution aqueuse à 0,2 % :** 1 ou 2 nettoyages quotidiens.
- Antalgiques de palier 1 ou 2 : **paracétamol 300 mg + opium (1 mg de morphine)**, 3 à 5 gél./j, sans dépasser 10 gél./j.

NB : contre-indication aux antibiotiques locaux, aux antiviraux locaux et aux anesthésiques locaux.
Il n'y a pas d'indication de corticothérapie, ni locale ni générale.

Ordonnance de traitement antiviral

Chez le sujet immunocompétent : **valaciclovir 500 mg**, 2 cp 3 fois/j pendant 7 j. Il doit être débuté dans les 72 heures maximum après le début de l'éruption.

- Si 15 mL/min < ClCr < 30 mL/min : 2 cp à 500 mg 2 fois/j pendant 7 j.
- Si ClCr < 15 mL/min : 2 cp à 500 mg 1 fois/j pendant 7 j.

Situations particulières

Chez le sujet immunodéprimé, une hospitalisation est justifiée pour traitement injectable IV : **aciclovir injectable**, 10 mg/kg/8 h en perfusion intraveineuse (dilution de 500 mg dans 100 mL de sérum NaCl isotonique à passer en une heure).

- Si 25 mL/min < ClCr < 50 mL/min : 10 mg/kg/12 h.
- Si 10 mL/min < ClCr < 25 mL/min : 10 mg/kg/24 h.
- Si ClCr < 10 mL/min : 10 mg/kg/48 h et après dialyse.

SURVEILLANCE

La principale complication des zonas est le développement de *douleurs post-zostériennes neuropathiques* qui surviennent en particulier après 50 ans et surtout dans la localisation céphalique, avec la persistance de douleurs plus d'1 mois après la cicatrisation. Si elles disparaissent habituellement en 6 mois, elles peuvent rester invalidantes plus longtemps, nécessitant des antalgiques divers et parfois l'intervention d'un centre antidouleur :
– antidépresseurs tricycliques : **amitriptyline 50 mg**, 1 cp le soir ;
ou
– **prégabaline :** 150 à 600 mg/j en augmentant très progressivement les posologies;
ou
– opioïdes : **tramadol**, 50 à 400 mg de façon progressive ;
– intérêt d'anesthésiques locaux : lidocaïne emplâtre, 1 compresse sur peau saine à laisser 12 h puis renouveler.

• La surinfection bactérienne provoquée par le grattage est une autre complication possible, surtout au cours du zona ophtalmique → surveillance locale et antiseptie : **chlorhexidine solution aqueuse à 0,2 %**, 1 ou 2 nettoyages quotidiens.

NOTES PERSONNELLES

....
....
....
....
....
....
....
....

Index

D

E

F

G

S

T

U

V

In